National Library of Canada
Canadian Theses Service
Ottawa, Canada
K1A 0N4

Bibliothèque nationale du Canada
Services des thèses canadiennes

CANADIAN THESES

THÈSES CANADIENNES

NOTICE

The quality of this microfiche is heavily dependent upon the quality of the original thesis submitted for microfilming. Every effort has been made to ensure the highest quality of reproduction possible.

If pages are missing, contact the university which granted the degree.

Some pages may have indistinct print especially if the original pages were typed with a poor typewriter ribbon or if the university sent us an inferior photocopy.

Previously copyrighted materials (journal articles, published tests, etc.) are not filmed.

Reproduction in full or in part of this film is governed by the Canadian Copyright Act, R.S.C. 1970, c. C-30. Please read the authorization forms which accompany this thesis.

AVIS

La qualité de cette microfiche dépend grandement de la qualité de la thèse soumise au microfilmage. Nous avons tout fait pour assurer une qualité supérieure de reproduction.

S'il manque des pages, veuillez communiquer avec l'université qui a conféré le grade.

La qualité d'impression de certaines pages peut laisser à désirer, surtout si les pages originales ont été dactylographiées à l'aide d'un ruban usé ou si l'université nous a fait parvenir une photocopie de qualité inférieure.

Les documents qui font déjà l'objet d'un droit d'auteur (articles de revue, examens publiés, etc.) ne sont pas microfilmés.

La reproduction, même partielle, de ce microfilm est soumise à la Loi canadienne sur le droit d'auteur, SRC 1970, c. C-30. Veuillez prendre connaissance des formules d'autorisation qui accompagnent cette thèse.

THIS DISSERTATION
HAS BEEN MICROFILMED
EXACTLY AS RECEIVED

LA THÈSE A ÉTÉ
MICROFILMÉE TELLE QUE
NOUS L'AVONS REÇUE

NL 339 (r. 86/01)

Canada

Canadian Theses Division
Ottawa, Canada
K1A 0N4

Division des thèses canadiennes

0-315-28721-7

421

PERMISSION TO MICROFILM — AUTORISATION DE MICROFILMER

• Please print or type — Écrire en lettres moulées ou dactylographier

Full Name of Author — Nom complet de l'auteur

DUFOUR, Marie-Josée

Date of Birth — Date de naissance	Country of Birth — Lieu de naissance
57-09-25	Québec

Permanent Address — Résidence fixe

1050 Raymond Casgrain app. 412
Québec
G1S 2E3

Title of Thesis — Titre de la thèse

La santé des Inuit: Préoccupation humanitaire ou enjeu politique?

University — Université

Laval

Degree for which thesis was presented — Grade pour lequel cette thèse fut présentée

Maîtrè ès arts

Year this degree conferred — Année d'obtention de ce grade	Name of Supervisor — Nom du directeur de thèse
1984	Claude Bariteau

Permission is hereby granted to the NATIONAL LIBRARY OF CANADA to microfilm this thesis and to lend or sell copies of the film.

The author reserves other publication rights, and neither the thesis nor extensive extracts from it may be printed or otherwise reproduced without the author's written permission.

L'autorisation est, par la présente, accordée à la BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA de microfilmer cette thèse et de prêter ou de vendre des exemplaires du film.

L'auteur se réserve les autres droits de publication; ni la thèse ni de longs extraits de celle-ci ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation écrite de l'auteur.

Date	Signature
20-12-83	Marie-Josée Dufour

FACULTE DES SCIENCES SOCIALES

THESE
PRESENTEE
A L'ECOLE DES GRADUES
DE L'UNIVERSITE LAVAL
POUR L'OBTENTION
DE LA MAITRISE EN SCIENCES SOCIALES
(ANTHROPOLOGIE)

PAR

MARIE-JOSEE DUFOUR

LA SANTE DES INUIT: PREOCCUPATION HUMANITAIRE OU ENJEU POLITIQUE?

DECEMBRE 1983 ©

Je ne peux vraiment prévoir ce qui arrivera demain, mais une chose est certaine, c'est que les jeunes n'oublieront pas la vie des Inuit. Je lis les journaux des grandes villes et les instructions du gouvernement pour essayer de comprendre ce que le gouvernement a à dire et quels sont ses projets, mais je ne me précipite pas. Si les conseils de communauté sont assez forts, et si le gouvernement veut bien les écouter, la façon de vivre des Inuit ne sera pas oubliée. Malgré l'énorme changement qui s'est opéré depuis le temps où nous étions enfants-et cela continue à changer-, si nous essayons de ne pas oublier, alors ça ne disparaîtra pas, du moins pendant très longtemps encore.

- Lew Phillips

Source: R. Innuksuk et S. Cowan. Nous ne vivons plus dans des igloos..., Stanké.

Avant-propos

Cette thèse a été réalisée avec l'aide financière du Conseil québecois de la recherche sociale, ministère des Affaires sociales (BRS 98 S 81 M) et du CEN de l'Université Laval. Nous tenons à remercier ces deux organismes pour leurs subventions qui ont permis la réalisation de cette recherche.

Nous voudrions exprimer une reconnaissance toute particulière à Claude Bariteau qui, tout au long de notre recherche et en particulier lors de cette phase difficile qu'est la rédaction de thèse, a largement dépassé son rôle de directeur de thèse par son souci de ne jamais reléguer au second plan l'aspect humain dans un processus de production qu'il soit de thèse ou autre. Seule une très grande sensibilité et compréhension de l'être humain peut expliquer l'accomplissement de cette difficile tâche. Chose certaine, travailler en sa compagnie devient un plaisir et grandit.

Nous voulons aussi remercier notre conseiller de thèse, François Trudel, qui, à cause de sa rigueur intellectuelle et de sa connaissance de la culture inuit certaine, a su nous assurer une supervision dont notre travail n'aurait pu se passer, pour atteindre précision et clarté.

Nous voulons exprimer notre gratitude à tous les Inuit que nous avons rencontré et qui nous ont accueilli chez eux, au nord. Nous sommes reconnaissants en particulier envers ceux qui, au delà de certains préjugés envers les chercheurs Blancs, ont accepté de nous faire confiance.

Cette confiance, pré-requis au déroulement de cette recherche, puisse-t-elle trouver une quelconque utilité à ce travail en guise d'échange.

Nous remercions enfin tous ceux qui, que ce soit dans le cadre de leur fonction, comme ami ou comme parent, ont accepté de nous épauler dans les moments, sombres ou ensoleillés, de notre travail de chercheur.

Abbréviations

CH : Centre hospitalier
CHUL : Centre hospitalier de l'Université Laval
CPIAQ : Corporation professionnelle des infirmières auxiliaires du Québec
CRSSS : Centre régional des services sociaux et de la santé
DGNQ : Direction générale du Nouveau-Québec
GRC : Gendarmerie royale du Canada
HBC : Hudson's Bay Company
MAIN : Ministère des affaires indiennes et du Nord
MAS : Ministère des affaires sociales
MEQ : Ministère de l'Education du Québec
MSBES : Ministère de la santé et du Bien-être social
NQIA : Northern Quebec Inuit Association
SAGMAI : Secrétariat des activités gouvernementales en milieu Amérindien et Inuit

Tableaux

Tableau 1 : Population inuit du Nouveau-Québec..... 11

Tableau 2 : Taux d'accroissement naturel, Baie d'Ungava (1974-1978)..... 12

Tableau 3 : Population inuit selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1981..... 13

Tableau 4 : Taux bruts de natalité et de mortalité, Baie d'Ungava, 1974-78..... 15

Tableau 5 : Concurrence politique au Nouveau-Québec dans les années 60.... 36

Tableau 6 : Progression de la tuberculose dans la population inuit du Canada durant les années 50..... 56

Tableau 7 : Dépenses gouvernementales du Service d'hygiène aux Indiens et du nord du MSBES pour les années 1952 à 1962..... 58

Tableau 8 : Fréquentation du nursing de Fort-Chimo pour les années 1956 à 1965..... 60

Tableau 9 : Personnel affecté aux services médicaux dans l'Est canadien de 1955 à 1961..... 61

Tableau 10 : Infrastructure médicale au Québec par rapport à celle de l'Est canadien de 1955 à 1961..... 62

Tableau 11 : Fréquence des soins dispensés par le personnel médical du CH de l'Ungava (1967-1975)..... 72

Tableau 12 : Nombre de patients inuit hospitalisés au CH de l'Ungava durant les années 1967 à 1975..... 73

Tableau 13 : Personnel euro-canadien de l'hôpital de l'Ungava des années 1967 à 1975..... 74

Tableau 14 : Tableau comparatif de morbidité, Ungava et Territoires du Nord Ouest..... 75-76

Tableau 15 : Evacuations du CH de l'Ungava vers des hôpitaux du Sud (1966-1975)..... 78

Tableau 16 : Organigramme des organismes responsables des services de santé pour la Baie d'Ungava..... 82

Tableau 17 : Utilisation des services de santé par la population inuit de Fort-Chimo, 1978..... 92

2. Les services de santé se québécisent 65
2.1 Une reprise en main du nord par la santé 65
2.2 Des soins de santé bien québécois pour l'Ungava 66
2.3 La consultation des Inuit: une question de participation 69
2.4 Des nouvelles maladies qui requièrent de nouveaux services 70
2.5 L'opinion inuit en ce qui concerne ses services de santé 79

3. Une organisation des services de santé à l'image du Sud 81
3.1 Une administration des services de santé au visage ethnique 81
3.2 Une organisation des services de santé aux structures de plus en plus complexes 85
3.3 Les soins de santé dans la Baie de l'Ungava: les Inuit ont droit au chapitre 88
3.4 L'amélioration mitigée de l'état de santé des Inuit ... 90
3.5 La santé communautaire, une nécessité 97
3.6 Le personnel sanitaire s'autochtonise 99

Conclusion .....

Chapitre 3 104

Introduction .....

1. Des politiques pour le "Grand Nord" canadien 105
1.1 D'une politique de "laisser-faire" à la reconnaissance d'un territoire 105
1.2 Une canadianisation homogène pour le Nord 109
1.3 Les services de santé, véhicule de l'intégration des Inuit à la vie canadienne 113

2. L'administration québécoise du Nouveau-Québec 116
2.1 Le Nouveau-Québec devient arène politique 116
2.2 La mise en place des appareils québécois et la place des Inuit 120
2.3 La multiplicité des services au Nouveau-Québec, gage de la souveraineté territoriale québecoise 122
2.4 Des services de santé rentables 124
2.5 L'intérêt pour un personnel plus autochtone 127

Conclusion .....

Conclusion 132

Tableau 18 : Consommation des soins médicaux au CH de l'Ungava pour les années 1973 et 1979..... 93

Tableau 19 : Taux d'hospitalisation par sexe pour six des plus importantes causes..... 94

Tableau 20 : Données sur les causes de mortalité dans l'Ungava et 4 villages de la Baie d'Hudson..... 95

Tableau 21 : Liste des différents programmes de santé communautaire devant être éventuellement implantés dans tous les villages de l'Ungava..... 98

Tableau 22 : Personnel autochtone affecté aux services médicaux au Canada (1952-1959) et personnel inuit affecté aux services médicaux au Canada entre 1955 et 1959 par rapport au nombre d'Inuit recensés pour les mêmes années..... 117

TABLE DES MATIERES

Introduction 1

Problématique et hypothèses 2
Population cible 8
Méthodologie, techniques d'enquête et présentation 16

Chapitre 1 20

Introduction 20

1. Rappel historique 21
   1.1 La vie traditionnelle inuit et les premiers contacts .. 21
   1.2 Les missionnaires et la Compagnie de la Baie d'Hudson . 23

2. La présence du Gouvernement fédéral 25
   2.1 Premières interventions étatiques au Nouveau-Québec ... 25
   2.2 La nécessaire présence du Gouvernement fédéral suite au Jugement de 1936 26
   2.3 Intensification de la présence des Blancs au cours de la deuxième guerre mondiale 27
   2.4 L'accentuation des services gouvernementaux 29
   2.5 La sédentarisation et le mouvement des coopératives ... 31

3. Apparition au nord du Gouvernement du Québec 33
   3.1 L'intervention québécoise au Nouveau-Québec 33
   3.2 Le parallélisme des structures gouvernementales 35
   3.3 La Commission Neville-Robitaille 38
   3.4 Une acculturation manifeste 39
   3.5 La Convention de la Baie James 40
   3.6 Des structures administratives au caractère ethnique .. 42

Conclusion .....

Chapitre 2 47

Introduction 47

1. De la Sainte-Trinité aux services de santé organisée 48
   1.1 La médecine traditionnelle inuit 48
   1.2 Une aide sanitaire, mais par personnes interposées 50
   1.3 La santé des Inuit devient affaire d'Etat 53
   1.4 Un état de santé qui requiert des services organisés .. 55
   1.5 Les services de santé dans l'Ungava et leurs retombées 59

INTRODUCTION

En 1974, au cours d'une tournée de services de soins dentaires d'une durée de deux mois dans quatre villages de la Baie de l'Ungava, nous avons pris contact, pour la première fois, avec les Inuit et la réalité du Nouveau-Québec. Nous nous sommes retrouvés face à une population dont l'état de santé apparaissait peu réjouissant. A quoi attribuer cet état de fait?

A l'époque, tout comme la plupart des gens concernés par l'état de santé lacunaire des autochtones du Québec et du Canada, nous avons pensé que cette situation découlait des mauvaises conditions socio-sanitaires dans lesquelles vivent les Inuit et aux nouvelles habitudes de vie qu'ils ont acquises. Ce n'est que six années plus tard, lors d'un pré-terrain en vue d'analyser plus à fond cette réalité, que cette explication nous est apparue trop partielle. En effet, en cherchant à comprendre l'organisation des services de santé déployés auprès des Inuit, nous avons été rapidement amenés à penser que le système sanitaire même pouvait être à l'origine de certaines améliorations de l'état de santé des Inuit, mais peut-être bien, en même temps, engendrer une dépendance de ces derniers envers lui.

Cette idée nous est venue suite aux constatations suivantes: les différents gouvernements, pour pallier aux problèmes de santé des Inuit, qui sont liés en grande partie aux habitudes de vie et à l'environnement, ont mis en place une extension du modèle médicalisé en usage au Sud. Malgré un déploiement de services médicaux de plus en plus nombreux et spécialisés, il y a une augmentation croissante de la consommation des services médicaux sans aucune proportion avec l'augmentation de la population. A Fort-Chimo, par exemple, entre l'année 1978 et 1979, il y a eu une augmentation des consultations externes. De plus, la fréquence de ces consultations en 1978, a excédé, de 20%, celle du reste du Québec, selon Labbé (1980) (1).

Devant ces constatations, l'on est amené à se demander, à première vue, si les Inuit consultent plus les services médicaux parce qu'ils sont plus malades. Sachant qu'il existe des mesures préventives d'hygiène publiques et sanitaires croissantes, que l'on peut présumer en partie efficaces, une telle hypothèse apparaît rapidement invraisemblable. Il nous a donc semblé qu'une partie de la réponse à cette interrogation pou-

vait se trouver du côté du système de soins de santé lui-même et de son caractère peu nordique: les Inuit, vivant dans un système médical dont le fonctionnement leur échappe, en seraient du même coup plus dépendants.

Problématique et hypothèses

Rapidement, cette intuition s'est vue supportée par la lecture d'études abordant la problématique de la santé dans le nord canadien et québecois. Ces études traitent, de façon critique, tantôt des services de santé et de leur installation au Nord en regard des objectifs gouvernementaux (Graham-Cumming 1967) et / ou des besoins des Inuit (O'Neil 1979 et 1981, Wenzel 1976 1978 et 1981 , Shepard 1974 , Labbé 1980 et 1981), tantôt de la signification culturelle inuit de la santé et de la maladie ainsi que des croyances qui s'y rattachent, du modèle médical occidental transposé au nord et de la perception que les Inuit en ont et, enfin, de la façon dont ceux-ci articulent ce système médical à leur mode de vie (O'Neil 1975 , 1980 et 1981 , Wenzel 1980 , Ruderman et Weller 1980 et Trute 1977).

De ces lectures, notre réflexion s'est approfondie quant à l'analyse du système sanitaire en vigueur au Nouveau-Québec. En particulier, le document La santé des Inuit du Nouveau-Québec (Labbé (1980), (1)), préparé par l'équipe du Projet nord du Centre hospitalier de l'université Laval (CHUL), nous a permis d'avoir une vue d'ensemble des principales caractéristiques du système de soins de santé actuellement en vigueur au Nouveau-Québec: 1/ une orientation curative et plus spécialisante de la pratique médicale, 2/ un système médical s'attaquant seulement aux conséquences et non pas aux causes (conditions socio-sanitaires), 3/ une dépendance des Inuit envers le système de santé, 4/ une participation minime des autochtones aux différents échelons administratifs de l'organisation des services de santé et, enfin, 5/ une absence de planification à long terme.

Il n'en fallait pas plus pour confirmer davantage notre idée d'analyser l'organisation des soins de santé au Nouveau-Québec, dans une perspective suffisamment globale pour cerner le lien existant entre cette organisation et la dépendance des Inuit à l'égard des services de santé.

Dans cette optique, la structure actuelle du système de santé du Nouveau-Québec nous a semblé mettre en présence trois catégories d'acteurs: la communauté inuit, le personnel médical et les administrateurs des services de santé, en majorité des Blancs, ces deux derniers acteurs étant liés à l'existence de politiques sociales émanant de l'appareil d'Etat. Du point de vue de l'analyse, sont donc en interrelation une population de type autochtone, un système médical et un système politique. Dans le cadre de ces interactions, l'organisation sanitaire prévalant actuellement au Nouveau-Québec laisse transparaître à notre avis, la présence déterminante de l'appareil d'Etat.

Lorsque l'on jette un coup d'oeil sur l'histoire des services de santé dans le nord québecois, l'on se rend compte, en effet, que les politiques sanitaires gouvernementales ont prévalu dans le type d'organisation et le mode de fonctionnement de ces services. Vue sous cet angle, l'évolution des soins de santé dans cette région peut apparaître comme directement liée à la logique d'un système politique de type capitaliste avancé et des stratégies développées par ses divers agents, c'est-à-dire les gouvernements. Du moins est-ce là notre hypothèse générale. L'analyse de la forme que prend l'intervention étatique dans les politiques sanitaires administrées au Nouveau-Québec à différentes époques devient alors un moyen permettant de comprendre la situation de dépendance sanitaire que les Inuit connaissent aujourd'hui dans l'Ungava. C'est ce que nous avons cherché à faire.

Certaines études de la littérature nordique, qui se rattachent à notre objet d'étude, nous ont permis de préciser davantage les buts de notre recherche. Plusieurs auteurs se sont intéressés de façon passablement articulée à l'avènement des principaux agents de changement au Nouveau-Québec, entre autres K. Crowe (1979), L.E. Hamelin (1980), J.J. Simard (1979) (1) (2) et N. Rouland (1978). La pénétration du territoire nordique par l'Etat apparaît comme très bien documenté du point de vue de son historicité: N. Rouland (1978), Lantis (1970), L.E. Hamelin (1980) et le document PROPONORD (1976) exposent clairement les conditions historiques sur lesquelles repose l'intervention étatique au nord à différentes périodes. De plus, ces auteurs auxquels s'ajoutent M. Freeman (1969), D. Jenness (1968) et K. Rea (1968), propo-

sent une interprétation des objectifs et des principes de l'action fédérale et provinciale, du parallélisme de leurs structures administratives régionales, des motifs d'implantation et de la nordicité des différentes administrations. En marge, de ces ouvrages, existent des études du genre de celle effectuée par R. Paine (1977) qui jette un regard sur la distribution des soins de santé dans un contexte de colonialisme de l'assistance (Welfare), thème également touché par J.J. Simard et G. Duhaime (1981).

Au sein de cette littérature, les remarques de Paine (1977) qui tendent à expliquer l'organisation des services sanitaires au nord sous l'éclairage des motivations de l'intervention étatique dans cette région, nous ont permis de consolider notre problématique. Celle-ci tourne essentiellement autour de trois hypothèses: 1/ l'évolution des soins de santé au Nouveau-Québec est directement liée à la logique d'un système politique et économique de type capitaliste industriel et des politiques développées par ses divers agents, en l'occurence, les gouvernements fédéral et provincial, visant à la pénétration graduelle et constante de l'Etat sur ce territoire, 2/ la distribution des services de santé sert à justifier la présence de l'Etat dans la Baie de l'Ungava qui affirme sa place sur ce territoire par le biais d'un discours témoignant de la volonté d'assurer le bien-être de la population inuit et 3/ l'intégration des Inuit à la communauté canadienne ou québecoise se réalise par une utilisation croissante de ces services par les Inuit dont l'essentiel du fonctionnement, leur étant étranger, ne leur appartient pas.

Notre première hypothèse s'appuie sur la littérature concernant l'expansion du capitalisme industriel qui domine au sein des populations habitant plus au Sud. A notre avis, l'on ne peut comprendre adéquatement la situation des régions nordiques sans faire référence à cette expansion. Il ne fait aucun doute, pour nous, que c'est sur une toile de fond de nature d'abord économique que s'est tissée l'intervention étatique au Nouveau-Québec. Trois facteurs, parmi plusieurs, peuvent supporter notre point de vue: 1/ un besoin croissant d'énergie hydro-électrique et de ressources minérales de la part des régions métropolitaines du Sud, 2/ l'intérêt du capital privé et public pour ces ressources et 3/ le recours à l'Etat pour favoriser un rendement optimal dans l'exploitation de ces richesses (PROPO-

NORD, 1976).

Dans cette optique, c'est donc vers l'Etat qu'il faut se tourner pour comprendre comment s'incarne structurellement la dépendance économique du Nord par rapport au Sud puisque celui-ci se veut à la fois principe unificateur et agent de changement dans la société désarticulée par la situation de dépendance. Instrument d'intégration, l'Etat est aussi, dans une perspective diachronique, un agent de changement. Chaque situation sociale va définir le type d'intervention et le degré d'autonomie de l'Etat. Celui-ci est particulièrement important dans le cas des sociétés dépendantes. C'est en poussant ce raisonnement que Faucher (1980) en vient à faire de l'Etat le principal agent de domination de ces sociétés, précisément parce que la décision économique échappe aux institutions locales de pouvoir et parce que l'Etat devient prépondérant dans le mode d'organisation et de gestion. Territoire colonisé, puisque toujours ramené à une forme quelconque de dépossession territoriale et de domination politique, le Nord québécois a connu un développement analogue, pensons-nous, surtout depuis la Seconde Guerre mondiale, par une implantation massive de services tels l'éducation, la santé et les paiements de transfert.

Dans un tel contexte, l'on aura recours aux arguments de l'intérêt public, en particulier de celui des catégories sociales défavorisées - dans ce cas-ci les populations autochtones - pour organiser des services dont la rationalité profonde se trouve dans l'inévitable intervention de l'Etat, dans les domaines de la gestion des ressources humaines directement affectés par les multiples conséquences de la transformation des structures économiques et dans une nécessaire intervention au moindre coût afin de toujours pouvoir consacrer le maximum de ressources financières à l'aménagement des conditions nécessaires à l'expansion du développement de ces régions. Dès lors, l'on peut donc s'attendre à ce que la plupart des politiques sanitaires nordiques, retrouvées dans les documents gouvernementaux que nous avons consultés, soient imprégnées de l'idéologie de l'égalité des chances dont le raisonnement, pour les économistes libéraux, est le suivant: le système crée des déséquilibres, injustices et inégalités des chances qu'il ne résout jamais et qu'il amplifie souvent. Les individus ne pouvant les corriger d'eux-mêmes, l'intervention de l'Etat s'impose.

La "question sociale" consiste donc à délimiter les moyens et fondements d'une telle intervention, ce qui correspond à notre deuxième hypothèse. Une telle approche, conduit généralement à mettre en place des structures nouvelles (équipements collectifs) ou des mécanismes nouveaux de répartition du revenu (paiements de transfert). Ainsi, pour plusieurs auteurs (Ceyrac 1972 , Klein 1977 , Lieman 1974), Lesemann 1978 , Steiner 1974), une analyse libérale des politiques sociales conduit à la thèse suivant laquelle le social réaménage les effets produits par l'économie.

C'est en ce sens que des auteurs, tel que Lesemann (1978), Walters (1980), Renaud (1976) et (1977), Navarro (1976), Stephan (1978), Billette (1977) et Lee (1979), traitent de façon explicite de l'intervention étatique dans les politiques de santé et démontrent que les Etats occidentaux ont vu, en particulier depuis les années 60, s'accélérer leur participation à la socialisation des coûts de la production économique, en particulier en promouvant différentes politiques sociales, y compris la démocratisation de l'accès aux soins de santé et aux services sociaux. Toutefois, voulant mettre un frein à l'extension des programmes sociaux qui a caractérisé les années 50 et 60, l'Etat élaborera des politiques en fonction d'une stratégie de valorisation de la prévention et d'une approche plus globalisante de la médecine qui feront l'affaire de ceux qui, aux prises avec la croissance des coûts du secteur de la santé, cherchaient à imposer une logique de rentabilité. Cette idéologie que l'on devrait retrouver dans les politiques sanitaires des années 70, remplira, lorsqu'appliquée à la santé, une double fonction: d'une part, servir à orienter les attentes et à justifier la mise en sourdine du droit aux services et des politiques d'éligibilité, d'autre part, viser à convaincre les législateurs ainsi que les autres dirigeants politiques et économiques, de la nécessité de recourir à la réduction des services sanitaires et à d'autres mesures de limitation des coûts. Du moins, est-ce là l'idée de Crawford (1980).

Ce nouveau modèle propose une approche globale et intégrée des problèmes et des soins, la décentralisation et la régionalisation des services et la participation de la population à la définition de ses besoins. Il va de soi que de la formulation de telles politiques de réforme à leur

application, il y a tout un pas à franchir. Le Nouveau-Québec est là pour en témoigner et semble donner raison à Renaud (1977) lorsqu'il affirme que la réforme a renforcé plutôt que contrecarré ce qui constitue les principales caractéristiques d'évolution des institutions sanitaires dans le monde occidental, entre autres, par: 1/ l'accroissement de la centralisation du processus de prise de décision dans les mains de "rationalisateurs" "bureaucratiques" et des professionnels de la santé, 2/ la croissance de la demande pour des soins curatifs et 3/ la croissance de la dépendance de la population par rapport à un appareil médico-hospitalier de plus en plus envahissant et coûteux. C'est en ce sens que l'on peut avancer que les politiques sanitaires du Nouveau-Québec ont favorisé l'accroissement de la dépendance sanitaire des Inuit, notre troisième hypothèse, puisqu'elles omettent d'intervenir pour rectifier leur situation de dépendance de base, soit les conditions économiques dans lesquelles ils vivent.

Les politiques sanitaires sont tributaires d'un raisonnement qui s'efforce de séparer clairement l'économique du social. Il en résulte une conception formelle de leur rapport. Le social est en dehors du champ de l'économique et la politique sociale intervient pour corriger des mécanismes dont elle n'est pas responsable. A aucun moment, il n'est envisagé que la politique sociale puisse avoir des résultats autres que bénéfiques qui se conjugueraient au fonctionnement du système économique au lieu d'en corriger les défaillances. Un tel raisonnement est surtout le propre d'une analyse matérialiste des politiques sociales que semble corroborer le phénomène de dépendance qui nous préoccupe. Gough (1979), Greffe (1975), Leseman (1978), Questiaux et Fournier (1979), De Laubier (1978), Wilson (1980), Westergaard (1978) et Weidjao (1979) ont souligné cet aspect en montrant que le concept d'égalité des chances relève d'une idéologie qui masque les fondements économiques des politiques sociales.

Pour les tenants du matérialisme historique, en effet, les mesures sociales participent à la reproduction des inégalités. Si dans certains cas, il semble qu'elles puissent être corrigées, il apparaît clairement que les mesures sociales légalisent ou provoquent les inégalités les plus importantes, notamment, celles qui apparaissent nécessaires

au fonctionnement du système. C'est ainsi que l'Etat se trouve à exercer des rôles complémentaires, c'est-à-dire un rôle de légitimisation et un rôle d'accumulation. L'Etat doit essayer de créer et d'assurer les conditions favorables à l'accumulation du capital. Mais simultanément, il doit aussi essayer de maintenir les conditions pour l'équilibre social en augmentant le bien-être des individus. C'est en ce sens que les politiques sanitaires ont pu contribuer à la justification de la présence étatique sur les territoires nordiques. De façon générale, "l'Etat-providence" a donc pu être caractérisé au Nord par des mesures de bien-être qui s'inscrivaient dans les efforts des gouvernements pour stimuler la demande globale à la suite de la crise. Plus tard, ces mesures ont servi de plancher à l'élévation constante de la consommation et d'instrument d'égalisation des chances. La croissance, en effet, exacerbe la privation relative des plus démunis, ce qui menace l'idéologie de la mobilité et de la réussite individuelle. Du coup, elles allaient, comme l'a si justement rappelé Simard (1979), dans le sens contraire des intérêts des Inuit.

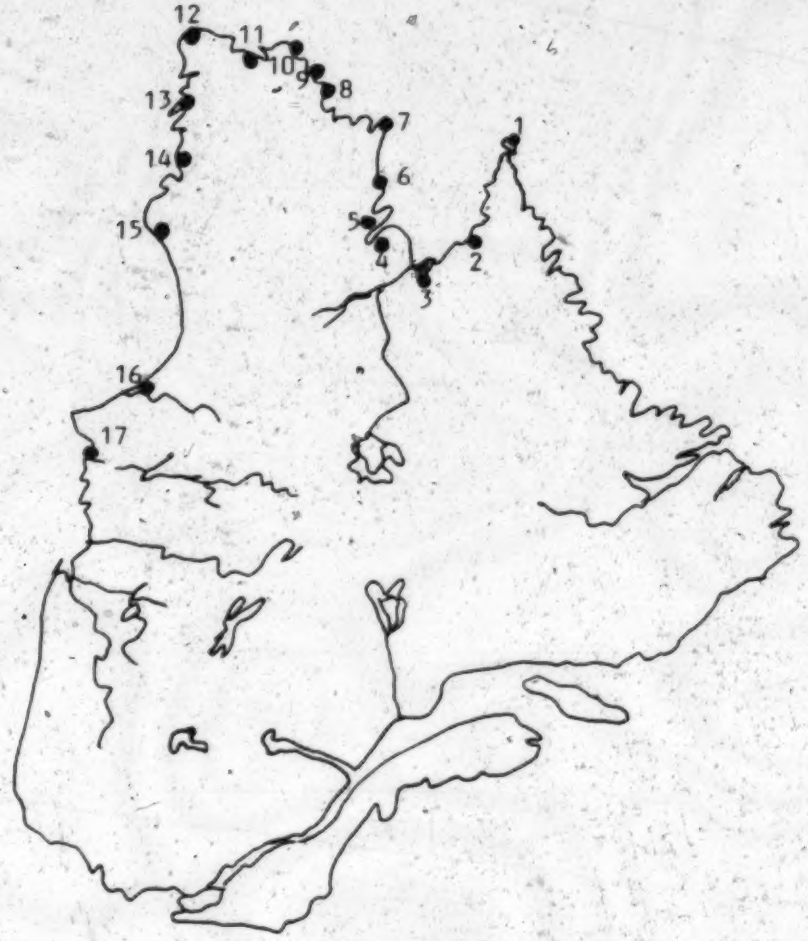
Population cible

La démonstration de nos hypothèses se fera à l'aide d'une analyse des politiques de santé au Nouveau-Québec (Baie de l'Ungava) depuis la prise en charge par les différents gouvernements (fédéral-provincial-administration régionale Kativik) des services administratifs dans cette région, c'est-à-dire à partir de 1950, période qui correspond à la pénétration croissante de la société capitaliste au Nord tant par ses capitaux que par sa technologie et sa bureaucratie jusqu'à nos jours, soit 1982.

La population inuit de la péninsule du Québec-Labrador se divise en deux groupes: les Inuit de la côte du Labrador (Terre-Neuve) et les Inuit du Nouveau-Québec. Les seconds habitent le long des côtes de la baie de l'Ungava, de la côte sud du détroit d'Hudson et de la côte est de la baie d'Hudson; ils habitent principalement dans les communautés de Port-Nouveau Québec, Fort-Chimo, Baie aux Feuilles, Payne Bay, Wakeham Bay, Sugluk, Ivujivik, Povungnituk, Inoudjouac et Poste-de-la-Baleine, village où les représentent plus de la moitié de la population autochtone. (Carte 1). On trouve

Carte 1

Côte arctique du Nouveau-Québec



1. Killiniq
2. Kangirsualujjuaq (Port Nouveau-Québec)
3. Kuujjuaq (Fort Chimo)
4. Tasiujaq (Baie aux Feuilles)
5. Aupaluk
6. Kangirsuk (Payne Bay)
7. Quaqtaq (Koartac)
8. Kangiqsujuaq (Wakeham Bay)
9. Purtuniq
10. Deception
11. Salluit (Saglouc)
12. Ivujivik
13. Akulivik
14. Puvirnituuq (Povungnituk)
15. Inukjuak (Inoudjouac)
16. Kuujjuaraapik (Poste-de-la-Baleine)
17. Chisasibi (Fort-Georges)

Source: Annuaire du Québec, 1979-80.

également quelques familles inuit à Fort-Georges, communauté indienne de la côte Est de la Baie James, soit moins de 5% de la population. Fort-Chimo et Poste-de-la-Baleine sont les deux centres administratifs principaux et servent en quelque sorte de plaque tournante pour atteindre les autres communautés du Nouveau-Québec.

De 1951 à 1978, soit un peu plus de un quart de siècle, la population inuit du Nouveau-Québec est passée de quelques 2,000 à 4,867 (Annuaire du Québec, 1979-80). Aujourd'hui, cette population, qui compte 5,026 Inuit (Tableau 1) avec l'organisation des services de santé et l'amélioration des moyens de communication ainsi que la garantie d'une alimentation soutenue et régulière, a vu son taux de mortalité fléchir pour atteindre des chiffres comparables à ceux des sociétés industrielles. La population inuit a plus que doublé avec un taux d'accroissement naturel moyen de 25%. Pour ce qui est du taux d'accroissement naturel de la population inuit de la baie de l'Ungava, il est de 28.5 pour 1,000 habitants, ce qui est nettement plus élevé que celui de la province de Québec (8.6 pour 1,000 habitants) mais comparable à celui des territoires sous la responsabilité fédérale (Tableau 2).

La répartition de la population inuit du Nouveau-Québec selon l'âge démontre que les moins de 20 ans représentent 55.3% de la population totale, les 20 à 60, 39.5% et les plus de 60 ans, 5.2% (Tremblay 1980). La répartition de la population inuit de la Baie de l'Ungava est donc différente de celle du reste du Québec puisque les moins de 20 ans comptent pour 62% de la population alors que cette fraction n'est que de 30% pour le Québec. Quant aux personnes âgées de 50 ans et plus, elles ne représentent que 8% de la population inuit, alors qu'elles constituent 21% de la population du Québec (Tableau 3).

Le taux de natalité varie beaucoup d'une année à l'autre en raison des fluctuations normales observées chez les petites populations. Calculé sur cinq ans, il demeure plus du double de celui du Québec (37.4 par mille contre 15.6) et comparable à celui des autres groupes inuit qui atteignent 33.4 pour 1,000 habitants (Tremblay, 1980). Pour la Baie de l'Ungava, le taux de mortalité de 1974 à 1978 est légèrement supérieur à

Tableau 1

Population inuit du Nouveau-Québec

Villages	1971[1]	1978[2]	1981[3]
Fort George	50	50	68
Poste-de-la-Baleine	537	590	604
Inoucdjouac	480	618	618
Povungnituk	637	736	741
Akulivik[4]	---	199	199
Ivujivik	126	176	176
Saglouc	380	532	537
Wakeham Bay	204	275	277
Koartac	105	150	153
Payne Bay	200	259	260
Aupaluk[4]	---	65	65
Tasiujaq	58	100	100
Kuujjuaq (Fort-Chimo)	580	794	818
Port-Nouveau-Québec	295	323	325
T O T A L	3652	4867	4941

Source: 1. Statistique Canada - Recensement de 1971

2. Registre de la population, ministère des Affaires sociales, population au 31 décembre 1978

3. Annuaire du Québec 1979-80

4. Deux nouveaux villages

Tableau 2

Taux d'accroissement naturel,
Baie d'Ungava (1974-1978)

(Taux par mille de population)

	ANNEE	TAUX
UNGAVA	1974	40.0
	1975	26.3
	1976	36.8
	1977	22.5
	1978	23.6
	ENSEMBLE	28.5
AUTRES	Québec 1975	8.6
	T.N.O. et Baie d'Hudson 1978	28.4

Source: Tremblay, Normand. La natalité et la mortalité chez les Inuit de la Baie d'Ungava, avril 1980.

Statistiques des Affaires Sociales, Registre de la population, juin 1979.

Tremblay, Francine. Etude de la communauté de Kuujjuak (Fort-Chimo), région de la Baie d'Ungava, territoire du Nouveau-Québec.

Tableau 3

Population inuit selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1981

Agglomération	Population Inuit	Familles Inuit	Sexe		Groupe d'âge		
			H	F	0-15 ans	10-25 ans	26-85 ans
			nombre				
Kangigsualujjuaq	326	57	173	153	149	71	104
Kuujjuaq	830	144	421	409	391	172	267
Tasiujaq	106	19	51	55	49	26	31
Aupaluk	102	14	45	57	53	18	31
Kangirsuk	279	56	135	144	137	42	100
Quaqtaq	157	26	76	83	74	37	48
Kangiqsujuaq	293	58	154	149	144	67	92
Salluit	518	89	267	251	258	110	150
Ivujivik	177	31	87	90	75	35	87
Akulivik	241	60	120	121	105	48	88
Povungnituk	760	142	400	360			
Inukjuak	650	123	351	299			
Kuujjuaraapik	575	112	309	266	234	143	197
T O T A L	5 026	931	2 589	2 437	1 669	769	1 195

Source: Ministère des Affaires sociales, Services du Nouveau-Québec et des Communautés autochtones.

celui du Québec (8.36 pour 1,000 habitants) contre 7.0 pour mille, il est également supérieur à celui donné pour les Inuit qui sont sous la responsabilité du Gouvernement fédéral (5%) (Tableau 4).

La vie des Inuit a été bouleversée et l'est de plus en plus en raison de l'évolution des moyens de communication. La moto-neige a remplacé l'attelage de chiens et le moteur hors-bord, l'aviron du kayak ou de leur embarcation en bois (umiak). C'est surtout l'avion qui a sorti la communauté inuit de l'Ungava de son isolement et, chaque année, un nombre croissant d'Inuit se rend dans les villages du Sud pour étudier, travailler, recevoir des soins de santé et des services sociaux, commercer, négocier, magasiner ou pour effectuer des séjours de vacances. Autrement, sauf exception, les Inuit de l'Ungava mènent une vie sédentaire excepté pour la période estivale où une partie des familles quittent les villages pour se rendre dans les camps de chasse et de pêche.

Leurs habitations consistent en de petites maisons préfabriquées en bois de 3 à 4 pièces habitées en moyenne par 8 à 9 personnes. Ces maisons sont mal isolées de telle sorte que le chauffage doit être élevé par temps froid. Il en résulte une sécheresse de l'air très grande à l'intérieur d'autant plus qu'ils n'ont pas d'humidificateur. Il n'y a pas d'eau courante et l'eau potable est amenée dans les maisons par des véhicules citernes. Ces véhicules sont rarement désinfectés et le personnel responsable ne semble pas au fait des principes d'hygiène de base. Les sources d'eau sont parfois contaminées. Dans les maisons, l'eau est placée dans des réservoirs de 45 à 100 gallons. Il n'y a pas de système d'égoût et ceci pose des problèmes techniques importants en raison des conditions climatiques (Labbé, 1980 (1)).

Au point de vue alimentation, les Inuit achètent leurs aliments dans les magasins de la Baie d'Hudson ou les coopératives. Les aliments sont directement importés du Sud et coûtent cher en raison du transport. Les fruits et légumes viennent par avion et sont donc plus cher que d'autres produits en boîtes qui viennent par bateau. Les "junk food" sont moins chers que les aliments nutritifs et ils sont surreprésentés dans les tablettes. Les produits dont la date d'expiration est dépassée sont

Tableau 4

Taux bruts de natalité et de mortalité,
Baie d'Ungava, 1974-1978

(Taux pour mille de population)

	ANNEE	NATALITE		MORTALITE	
		Nb	Taux	Nb	Taux
UNGAVA	1974	76	44.0	12	7.0
	1975	67	38.6	20	11.0
	1976	89	48.2	21	11.0
	1977	55	28.8	12	6.0
	1978	58	29.8	12	6.0
	ENSEMBLE	345	37.4	77	8.0
AUTRES	QUEBEC, 1975	96268	15.6	43537	7.0
	T.N.O. et Baie d'Hudson, 1978	590	33.4	89	5.0

Source: Tremblay, Normand. La natalité et la mortalité chez les Inuit de la Baie d'Ungava, avril 1980.

Tremblay, Francine. Etude de la communauté de Kuujjuak (Fort-Chimo), région de la Baie de l'Ungava, territoire du Nouveau-Québec.

souvent gardés sur les étagères. Il n'existe pas d'agriculture, ni d'élevage localement. Il y a déjà eu des tentatives en ce sens qui ont avorté (Labbé, 1980 (1)).

Au point de vue économique, près de la moitié de la population dépend des différentes allocations gouvernementales (assurance-chômage, aide sociale ou pension de vieillesse). Ces allocations viennent aider les Inuit qui n'ont pas de revenus ou qui ont besoin d'une certaine somme pour compléter leurs revenus déjà existants. L'action des nouveaux organismes nés de la Convention de la Baie James a mené à la création de nouveaux emplois salariés. Ainsi, à côté de ceux qui exercent encore des activités traditionnelles, bon nombre de travailleurs sont employés par les différents gouvernements, la société Makivik, les compagnies d'aviation Air Inuit et Nordair, la Compagnie de la Baie d'Hudson, les coopératives locales. D'autres s'assurent des revenus en associant un travail temporaire, soit à l'emploi des gouvernements lors de construction, soit lors du déchargement temporaire des bateaux d'été venant du Sud, avec une participation aux cycles de chasse et de pêche (Tremblay, 1980).

Au point de vue scolaire, le cours primaire est disponible dans les villages. L'enseignement est fait en anglais dans certains villages, en Inuktitut et en français dans d'autres. A la fin du cours primaire, les adolescents doivent souvent quitter leur agglomération natale pour pouvoir aller à l'école secondaire dans un plus grand centre du Nord ou ailleurs dans le Sud (MAIN, 1980).

Sur la base de ces caractéristiques, la population inuit du Nouveau-Québec correspond aux traits généralement identifiés au sujet des groupes ethniques en situation de dépendance. Pour les fins de notre analyse, nous nous sommes concentrée sur les Inuit de la Baie d'Ungava en raison du séjour que nous y avons fait et parce qu'elle correspond à une administration des soins de santé plus facile à analyser n'ayant pas été perturbée par la position des Dissidents suite à la Convention de la Baie James, comme ce fut le cas du côté de la Baie d'Hudson.

Méthodologie, techniques d'enquête et présentation

Pour vérifier nos hypothèses, nous avons adopté une approche

historique pour l'analyse: a) des données concernant les politiques générales de pénétration du territoire par l'Etat sous l'aspect des services administratifs, b) des données faisant état des politiques d'organisation des soins de santé dans la Baie de l'Ungava et c) des données ayant trait à l'infrastructure médicale, aux services sanitaires distribués, au personnel médical inuit et blanc de Fort-Chimo, ce qui inclut les données pour la Baie de l'Ungava et ses villages.

Notre information s'est constituée à partir, d'une part, de l'analyse de contenu de documents officiels de divers organismes gouvernementaux qui oeuvrent ou qui ont oeuvré dans ce domaine (MSBES, MAIH, SAGMAI, DGNQ, MAS, CRSS Kativik, CHUL) ainsi que des données disponibles dans leurs archives respectives concernant l'organisation des soins de santé et, d'autre part, grâce au dépouillement systématique de recherches et articles ayant trait à notre thème de recherche qui furent cités dans les lignes précédentes. Il faut toutefois noter que, dû à la multiplicité des organismes qui ont oeuvré, tour à tour, ou simultanément dans l'administration de la santé au Nouveau-Québec, certaines données concernant les soins de santé fournis aux Inuit sont demeurées incomplètes en raison de l'état lacunaire de certains documents.

Ces informations ont été complétées par des entrevues semi-dirigées avec des personnes-clés, principalement de Fort-Chimo, des différents gouvernements provincial et fédéral, de l'administration régionale, impliqués dans le processus qui nous intéresse (Annexe 1). Les thèmes discutés lors de ces entrevues pouvaient aussi bien être: l'évolution des services de santé dans la Baie de l'Ungava, le déroulement du transfert d'administration des services sanitaires du gouvernement fédéral au gouvernement provincial, les changements intervenus dans l'état de santé des Inuit avec la venue des soins de santé organisés que l'orientation de la pratique médicale au Nord sous le rapport d'une approche curative, communautaire et / ou traditionnelle. Les personnes rencontrées ont, également, voulu échanger sur la prise en charge par les Inuit des services de santé et de leur administration, la formation du personnel médical Inuit et les critiques formulées à l'égard des services de santé actuellement dispensés dans l'Ungava. Enfin, nous avons réalisé un travail d'archives en vue d'amasser des données statistiques

concernant la fréquentation des services de santé par les Inuit.

Soulignons qu'en cours de cueillette de données, la persistance fondée ou non, de certains administrateurs à voir dans quelques uns de ces documents une dimension politique actuelle, a contribué à rendre difficile ou carrément impossible leur accès. Ceci a eu pour effet de minimiser l'impact des données escomptées, concernant, particulièrement, le gouvernement fédéral, pour l'illustration de la démonstration de nos hypothèses de travail. Il faut également mentionner l'héritage peu enviable de certains de nos prédécesseurs anthropologues, au Nouveau-Québec, qui ont réussi à miner la crédibilité des "chercheurs universitaires" face aux Inuit, rendant ainsi leur séjour dans cette région des plus inconfortables. En ce sens, il nous est apparu comme une simple question de politesse, que de comprendre et de respecter les hésitations et les refus de certains Inuit approchés à vouloir aborder avec nous le thème de notre recherche.

L'on retrouvera dans les pages suivantes la démonstration de nos hypothèses articulée aux données amassées. Un premier chapitre fera un historique de la pénétration étatique au Nouveau-Québec ainsi que de l'avènement de ses principaux agents de changement. Nous montrerons que cette pénétration a été massive surtout après 1950 et s'inscrivait nettement dans le processus d'expansion capitaliste. En cela, il présente la trame sur laquelle va venir se greffer la croissance des services de santé. Le deuxième chapitre, un peu dans la même veine, établira l'évolution des soins de santé et leur organisation dans la Baie de l'Ungava surtout depuis la prise en charge par les différents gouvernements des services administratifs de cette région, soit le début des années 50. Nous soulignons le caractère croissant de ceux-ci sans que pour autant la population inuit se porte véritablement mieux. Au contraire, il ressort qu'elle semble nettement dans un rapport de dépendance qui, s'il contribue à corriger certaines lacunes, accentue l'utilisation des services. Dans un troisième chapitre, nous montrons comment cette pénétration et cette panoplie de services de santé renvoient à la fois à des politiques nordiques et sociales, voire sanitaires, des gouvernements fédéral et provincial véhiculant des objectifs d'intégration des Inuit beaucoup plus que de préoccupations humanitaires à leur égard. En conclusion, nous avons cherché à cerner les

conditions susceptibles de modifier le modèle de dépendance en cours tout en interrogeant le degré d'ouverture des appareils politiques sachant qu'ils sont l'émanation du pouvoir du capital.

CHAPITRE 1

Jusqu'au déclenchement de la Seconde Guerre mondiale, très peu de Canadiens ou d'hommes élus pour les gouverner connaissaient le Nord et ses habitants. Ainsi n'y a t-il pas eu de présence administrative permanente dans la plupart des régions de l'Arctique avant 1950. Ce n'est qu'à partir de cette période, que s'intensifiera respectivement l'intervention croissante, directe et continue de l'Etat fédéral et provincial, au Nord, par l'augmentation de leurs services éducatifs, médicaux et de bien-être.

Ce chapitre a pour objectif d'illustrer les différentes interventions étatiques au Nouveau-Québec et leur évolution respective jusqu'en 1982 et de montrer comment cette pénétration progressive de l'Etat a été à l'origine de l'implantation d'une bureaucratie d'Etat fondée sur la distribution de services de toutes sortes dont les effets ont transformé peu à peu le mode de vie de la population inuit de la région, amenant ainsi les gouvernements à jouer un rôle déterminant dans son évolution. En cela, il retrace le cadre général à l'intérieur duquel les Inuit du Nouveau-Québec ont été progressivement intégrés aux pouvoirs politiques des Blancs. Trois parties composent ce chapitre. Ainsi, après un rappel historique des premiers contacts entre les Inuit et les Blancs, nous montrons comment ceux-ci se sont davantage formalisés, avec la présence du gouvernement fédéral, puis du gouvernement provincial et, ce, dans des champs qui leurs sont propres.

1. Rappel historique

Les Inuit du Nouveau-Québec habitent ce territoire depuis des siècles. Avant l'implantation de Blancs sur ce territoire, ils ont entretenu divers contacts avec ces derniers. Dans cette partie, nous relatons brièvement ceux-ci afin de dégager la toile de fond sur laquelle vont se tisser les services gouvernementaux.

1.1 La vie traditionnelle inuit et les premiers contacts.

Avant 1850, les Inuit du Nouveau-Québec avaient eu peu de contacts directs avec les Euro-Canadiens. L'intérêt de ces derniers pour les régions arctiques d'Amérique du Nord était alors en partie lié à la recherche de nouveaux territoires et de nouvelles ressources premières. Ainsi ne se préoccupaient-ils guère des populations vivant sur ce territoire. Dans ce contexte, le mode de vie traditionnel des Inuit demeurait donc encore à peu près intact, exception faite des quelques pièces de métal qu'ils s'étaient procurés au hasard des rencontres avec l'équipage des navires empruntant le détroit d'Hudson (Lachance, 1979: 290).

Selon Lachance (1979), au milieu du 19e siècle, la population inuit du Québec ne comptait guère plus de 1800 individus, la plupart d'entre eux étant dispersés sur le littoral dans une quarantaine de camps. Les camps côtiers septentrionaux comptaient parmi les plus populeux en raison de l'abondance des ressources maritimes et terrestres. Cependant, les impératifs de la chasse et de la pêche étant les raisons principales qui déterminaient l'installation des camps traditionnels et la mobilité des groupes, tous ces campements étaient établis sur une base temporaire. L'emplacement des camps d'hiver était soumis à une sévère sélection tant à cause de la raréfication du gibier et de son accessibilité difficile, qu'à cause de la durée même de l'hiver. Il fallait que le site choisi soit giboyeux et habitable pendant plusieurs mois. Parmi les autres sites habités durant le reste de l'année, il y avait des camps d'hiver intérieurs,

des camps insulaires dont certains étaient utilisés au printemps pour la chasse sur glace, et les autres à l'automne pour chasser le morse. Il y avait aussi des camps de pêche installés au fond des baies, près de l'embouchure des rivières où avaient lieu les migrations des truites saumonées (Saladin d'Anglure, 1967:60).

A cette époque, portage, traînage et navigation étaient les trois formes principales du transport et correspondaient aux différentes saisons et aussi aux divers besoins domestiques. Les habitations utilisées, à l'époque traditionnelle, par les Inuit du Nouveau-Québec, se caractérisaient par leur absence d'infrastructure permanentes et par la rapidité avec laquelle on pouvait les construire. A chacune des saisons principales correspondait un type d'habitation: l'igloo de neige pour l'hiver, la tente pour l'été et, enfin, un type intermédiaire entre la tente et l'igloo pour les demi-saisons. L'installation des habitations était une activité familiale; tous les habitants de la future demeure y participaient avec parfois l'aide de familles voisines. Selon Saladin d'Anglure (1967: 122-123), la division des tâches au sein du groupe selon le sexe, l'âge et le talent, était bien déterminée et s'accompagnait d'une coopération développée et d'une grande solidarité entre membres d'une même unité domestique et entre unités domestiques différentes pour les activités économiques traditionnelles. Les hommes étaient les pourvoyeurs et ils enseignaient leurs techniques de chasse et de pêche à leurs fils. Les femmes avaient la responsabilité de la cueillette, de la fabrication des vêtements et des tentes et elles s'occupaient de l'éducation des enfants.

Tirant toutes leurs ressources alimentaires du milieu où ils vivaient, de même que tous les matériaux nécessaires à la reproduction de leur technologie, les Inuit à l'époque traditionnelle pratiquaient donc une économie d'auto-subsistance relativement bien adaptée aux conditions écologiques de l'Arctique et avaient une organisation sociale caractérisée par la souplesse et l'adaptabilité aux variations de conjonctures (Lachance, 1979: 291). Cependant, les biens alimentaires se différenciaient des biens d'usage par le fait qu'ils assuraient directement la survie du groupe. Il

fallait les produire en quantité suffisante tout au long de l'année; leur répartition était soumise à des règles complexes de partage, contrôlées en quelque sorte par la communauté entière. En l'absence d'une chefferie institutionnalisée, la cohésion des groupes reposait sur les liens de parenté entre les chefs de famille, le prestige plus ou moins prolongé d'un excellent chasseur ou encore la renommée d'un chaman reconnu et influent. Le contrôle social s'exercait discrètement par la moquerie sauf dans les cas de transgression des règles sociales jugée dangereuses pour le groupe où l'on pouvait faire intervenir le chaman ou décréter l'ostracisme.

1.2 Les Missionnaires et la Compagnie de la Baie d'Hudson.

De fait, malgré des tentatives remontant au milieu du dix-neuvième siècle, l'établissement permanent des Occidentaux au Nouveau-Québec arctique est l'oeuvre des commerçants de fourrures et des missionnaires jusqu'en 1950 environ.

Avec la quasi extinction de la baleine, l'industrie baleinière déclina rapidement durant les premières années du XX^{e} siècle, les baleiniers cessèrent alors de se rendre dans les eaux de l'Arctique. Entre-temps, la valeur de la fourrure du renard avait tellement augmenté que l'installation de postes de traite dans l'Arctique était devenue une exploitation rentable. Plusieurs postes isolés avaient été établis dès 1866, à la limite de la région arborescente à Fort-Chimo, et 1857 à Poste de la Baleine sur la côte de la Baie d'Hudson. Un peu après cette période, soit entre 1890 et 1900, sous l'influence des missionnaires, les autochtones ont adopté l'écriture syllabique et s'anglicanisent. L'implantation stable des missionnaires a probablement favorisé ces changements car, de fait, la première mission anglicane destinée aux Inuit de Fort-Chimo fut fondée en 1900.

Dès les premières années du vingtième siècle, soit en 1903, les foureurs français de la Compagnie Révillon Frères relancent la Compagnie de la Baie d'Hudson (HBC), qui détient alors le monopole du commerce avec les Inuit, dans la région de Fort-Chimo. Ils fondent un comptoir à la

Baie-aux-Feuilles en 1905, marquant ainsi le début d'une période de concurrence commerciale importante au Nouveau-Québec (Simard, 1979 (1): 104). Tour à tour, chaque compagnie installa de nouveaux postes et instaura des extensions de crédit aux chasseurs afin de se garantir leur loyauté. Cette concurrence agressive prit fin en 1925 lorsque la HBC s'appropria la Compagnie rivale qu'elle laissa subsister jusqu'en 1936.

Auparavant, l'activité commerciale monopolistique de 1850 à 1910 ne donna pas lieu à des changements brusques sur le mode de vie des Inuit. D'une part, les techniques et outils nouveaux s'ajoutaient à l'équipement existant et les nouveaux vêtements et les denrées ont été progressivement intégrés au mode de vie inuit qui, lui, n'avait pas pour autant changé. De façon évidente, durant cette période, la politique commerciale de la HBC visait à maintenir l'économie d'auto-subsistance et à tirer profit d'un surplus de travail pour le piégeage systématique du renard dont la peau constituait, à cette époque, la principale marchandise recherchée par cette compagnie. De leur côté, les autochtones troquaient des peaux de renard sans grande valeur pour eux contre des armes à feux et des outils de métal qu'ils convoitaient.

Dans cet échange, les Inuit ne pouvaient se rendre compte du processus dans lequel ils s'étaient engagés plus ou moins malgré eux. Les postes de traite devinrent les foyers de la vie économique et le piégeage remplaça la chasse, étant donné que la valeur de la fourrure prit plus d'importance que celle de la nourriture (MAIN, 1980:6). Les Inuit reçurent des pièges des commerçants et troquaient des fourrures contre des produits alimentaires de base, du tabac, des tissus et d'autres biens. Enfin, on peut assister à des conversions croissantes à l'anglicanisme, nouvelle religion devenue un espoir au moment où l'intrusion étrangère avait commencé à déséquilibrer la vie des Inuit. Elle apparut quelque chose d'utile contre la maladie ou les ennemis, ou pour appeler le caribou ou ramener le beau temps.

2. La présence du gouvernement fédéral

Juridiquement, le Nouveau-Québec fait partie des territoires du Gouvernement canadien. Toutefois, suite à la loi de 1912, il appartient au Gouvernement du Québec de voir aux soins de santé de la population qui occupe ce territoire. De fait, le Gouvernement du Québec ne se manifestera qu'à partir de 1960. Dans cette section, nous verrons comment s'est irradiée la présence du Gouvernement canadien jusqu'en 1960.

2.1 Premières interventions étatiques au Nouveau-Québec.

A la fin du 19e siècle et au début du 20e siècle, des transformations écologiques importantes se sont produites affectant la vie des Inuit. Il y a eu, d'abord, l'effet imprévu de la surexploitation des ressources maritimes par les baleiniers américains et écossais et, simultanément, celle des ressources terrestres par les Inuit qui, jointe aux variations inexpliquées dans les mouvements migratoires du caribou a provoqué une diminution dans les ressources alimentaires naturelles. Dès lors, certaines espèces d'animaux ont paru en voie d'extinction. Dans un tel contexte, les Inuit se sont retrouvés à pouvoir difficilement assurer leur subsistance. Cette situation entraîna une dépendance accrue de ces derniers envers les postes de traite et l'éventail des biens recherchés en échange de peaux de renard s'étendit rapidement aux vêtements et à la nourriture (Lachance 1979: 296). Ainsi, on pu observer qu'autour de chaque poste commença à graviter une clientèle locale relativement stable, ce qui incita les deux compagnies, alors présentes, à faire des pressions pour que les autochtones intensifient le piégeage du renard. Le rendement décroissant des activités traditionnelles amena les Inuit à répondre favorablement aux voeux des traiteurs.

Un peu avant l'apparition de ce problème, l'Etat canadien s'était manifesté directement sur ce territoire entre 1910 et 1920 en ouvrant des postes de météo à Inukjuak puis Fort-Chimo et, à Port Burwell, en facilitant l'ouverture d'un poste de vigie de la Police montée du Canada (RCMP). Cette période est témoin de pénétrations scientifiques et politiques dont le but était d'abord de recueillir des renseignements de base

sur la géographie et les ressources de certaines régions de l'Arctique canadien, ce qui démontra quand même un début d'intérêt de la part du Gouvernement fédéral pour le Nord, et, ensuite, d'assurer un certain ordre social probablement à la demande des représentants des compagnies. Par la suite, dès 1922, il a commencé modestement son intervention. Il y eut alors la mise en place de l'Eastern Arctic Patrol, un bateau effectuant des tournées annuelles policières et médicales. Ce service fut bientôt suivi par un programme d'aide directe de distribution de rations alimentaires par l'intermédiaire des compagnies de traite. Ce programme fut sous la supervision de la GRC qui eut des agents en poste à Inukjuak de 1935 à 1938, puis de 1945 à 1960 (Lachance, 1979: 297).

Ces divers programmes trouvèrent une partie de leur justification dans les effets de la crise économique qui se firent aussi sentir chez les Inuit par une baisse considérable des approvisionnements disponibles dans les comptoirs commerciaux. Par ces programmes, se trouva légèrement compensé le déséquilibre entre le niveau de la population et les ressources qui a favorisé la sédentarisation des Inuit. Avec cette sédentarisation sont venus s'ajouter l'apparition de maladies infectieuses et des problèmes de malnutrition. A cette époque d'ailleurs, pour aider les Inuit, la H.B.C. consentit des avances que certains ne pouvaient rembourser, assurée qu'elle était d'un paiement de factures par le Gouvernement fédéral. Dès lors, la reconnaissance autochtone fut acquise.

2.2 La nécessaire présence du Gouvernement fédéral suite au Jugement de 1936.

Quelques années plus tard, soit vers 1936, des événements vinrent en quelque sorte forcer l'officialisation du secours indirect aux Inuit par le Gouvernement canadien. A cette époque, l'univers des Inuit prit un tournant décisif. Quelques régions ayant été trop exploitées, le renard et les autres animaux y étaient maintenant rares. Diverses lois avaient été passées pour réserver la faune arctique aux seuls Inuit mais déjà de grands dommages avaient été faits. Dans l'Ungava, la chute du prix des

fourrures mit les gens dans l'impossibilité d'acheter de la nourriture, et le gibier était devenu rare. Il y eut beaucoup de souffrances et de mortalités dues à la famine (Crowe, 1979:146). Le gouvernement fédéral fit distribuer des secours alimentaires supplémentaires au Nouveau-Québec par ses policiers (GRC) et les agents de la H.B.C. Le coût de ces opérations se chiffra à $30,000. La note fut envoyée au gouvernement du Québec sur la base de la loi de 1912 qui obligeait le Québec à satisfaire à cette obligation.

Or, dans cette loi concernant l'extension de la frontière nord de la province de Québec jusqu'à ses limites actuelles et qui érigeait, du même coup, le Nouveau-Québec, le gouvernement fédéral interpréta le transfert comme signifiant que, dans les matières de juridiction comme l'éducation, la santé et le développement municipal, le gouvernement du Québec était responsable de ses habitants inuit. Selon Rouland (1978), ces dispositions de la loi de 1912 furent ressenties par le Québec comme une contrainte à laquelle il ne satisfit pas tant que la question du développement de ces territoires ne lui sembla présenter aucun intérêt (Rouland, 1978:16). C'est pour cette raison qu'il refusa de payer la note. Le litige fut porté en Cour Suprême. Le Québec eut gain de cause. Cette cour établit alors clairement que les Inuit sont des "Indiens" au sens de la loi, donc qu'il était de la responsabilité du Fédéral de leurs fournir des services.

C'est de cette façon que les Inuit du Nouveau-Québec furent pris en charge par le gouvernement fédéral qui a été en quelque sorte obligé, par suite de l'abstention du Québec de pourvoir à l'obligation que lui avait créée la loi de 1912, de jouer un rôle de soutien envers les Inuit. Conséquemment, à peu près à la même période, à Ottawa, un intérêt croissant se fit sentir pour le nord et les Inuit. Une section spéciale fut même créée à l'intérieur du Ministère des Mines et Ressources qui, à partir de 1936, prit la relève du Ministère des Affaires Indiennes. Alors que se déploient ces mesures, à la suite d'épidémies ou de famine, la population inuit a été réduite périodiquement. Entre 1850 et 1940, son taux de croissance fut presque nul, c'est-à-dire que les naissances com-

pensaient tout juste les décès. De plus, au moment où la présence du gouvernement canadien se fit de plus en plus sentir, la distribution de la population sur le territoire connut également des changements. Les camps de l'intérieur ainsi que la plupart des camps insulaires furent abandonnés à la faveur des sites côtiers ou des postes de traite, seul recours en période de famine.

2.3 Intensification de la présence des Blancs au cours de la Deuxième Guerre mondiale.

La période de la Seconde Guerre mondiale marque le début de l'intensification de la circulation d'étrangers au nord, ces derniers venus au nord pour des considérations surtout militaires, mais aussi administratives, économiques ou humanitaires.

Une ligne radar (Dew-Line) est établie par les Américains au niveau du 55° parallèle pour faire échec à une éventuelle agression aérienne russe. Dès 1942, la base étasunienne de Fort-Chimo, pouvant accueillir jusqu'à 9,000 hommes, est implantée et le quai de Crystal Beach sur la rivière Koksoak est construit. Par crainte de se retrouver souverainement doublée, la police fédérale s'empresse alors de s'établir à Fort-Chimo et de s'établir subséquemment, de l'autre côté de l'Ungava, à Inukjuak et Poste de la Baleine, sur les traces de la puissance étrangère.

Ces ancrages territoriaux, signes de souveraineté pour les Blancs, constitueront plutôt un univers parallèle pour les autochtones. En effet, durant l'été, la population continue à s'établir dans une cinquantaine de camps sur le littoral; l'hiver elle revient vers les postes déjà établis, à partir desquels rayonnent les lignes de trappage. Avec la fin de la guerre, ce fut le départ des soldats. Il amena un déplacement du village de Fort-Chimo un peu plus vers le Sud dans le but de profiter des installations laissées sur place par les militaires qui, par leurs occupations préalables, ont contribué au processus d'acculturation et de sédentarisation des Inuit.

En effet, les développements nordiques dus à la guerre ont bouleversé les rapports sociaux et économiques traditionnels inuit, principalement en créant, du moins temporairement, de nouvelles perspectives d'emplois, en important une nouvelle population passagère au Sud et en exposant des résidents du Nord aux valeurs du monde industrialisé, entre autres, par l'amélioration des systèmes de communication. C'est en ce sens que l'on peut affirmer que la seconde grande Guerre a eu, au Nouveau-Québec, un impact beaucoup plus culturel qu'économique.

Cet impact culturel s'est aussi fait sentir au Sud dans les centres de décisions économiques où se sont esquissées des perspectives de développement nordique. Un nouvel intérêt public pour la valeur stratégique et possiblement économique de ces régions prit forme. Plusieurs spécialistes confirmaient même la puissance de la technologie à surmonter les obstacles physiques en vue de favoriser le développement des ressources. Pour le Gouvernement canadien, ce fut surtout la constatation d'un niveau de vie considérablement bas de plusieurs résidents du nord. Il cherchera à y remédier dans le cadre de politiques d'ensemble de l'époque.

2.4 L'accentuation des services gouvernementaux.

A la fin de la Deuxième Guerre mondiale, pour rapprocher les Inuit des avantages dont les autres citoyens canadiens jouissaient déjà, le Gouvernement fédéral mit de l'avant une série de mesures socio-économiques qui donnèrent un cachet nouveau à sa présence dans le nord par l'intermédiaire de ses différents représentants.

Au milieu des années quarante, les Inuit commencèrent à toucher des allocations familiales fédérales. En 1948, le Gouvernement canadien hérite des installations américaines au nord et étendit aux résidents de l'Arctique les pensions de vieillesse et autres versements sociaux de Welfare State. Il décide aussi de porter la scolarisation obligatoire jusqu'à l'âge de 16 ans dans cette région. Concernant les paiements d'aide sociale, ils le furent d'abord en nature, par l'intermédiaire des

magasins de la H.B.C. Cette aide arriva à point puisque le prix des fourrures avait fléchi soudainement après la guerre, tandis que l'économie occidentale se renconvertissait à la production civile et amenait sur le marché des biens manufacturés, dépréciant l'attrait des peaux naturelles.

A la fin des années 40, le gouvernement fédéral concrétisera sa présence au nord en commençant la construction d'écoles et de dispensaires. Les premiers furent ceux de Fort-Chimo et Inukjuak sur les sites où la H.B.C. avait établi un comptoir de traite. En 1952, la situation de la santé des Inuit est lamentable. Selon Simard (1979 (1):107), la rougeole fauche 131 des 700 habitants de l'Ungava et sur la Baie d'Hudson, la famine sévit. C'est alors que l'"Eastern Arctic Patrol", en tournée anti-tuberculose, déclenche une opération de sauvetage dramatique. Plusieurs familles sont démembrées par les évacuations médicales vers les sanatorium du Sud et perdent ainsi toute autonomie économique. Après cette opération, des changements majeurs virent le jour chez les Inuit. La sédentarisation aux villages devient pour eux la seule porte de salut. Elle est d'ailleurs systématiquement encouragée par le gouvernement, ce qui en accentue la pratique.

Dans ce nouveau contexte, le réseau scolaire et médical se répand peu à peu dans la plupart des postes. S'y ajoute bientôt l'implantation de services administratifs locaux qui prirent charge des programmes de bien-être, puis de constructions domiciliaires et de services municipaux à mesure que la population des camps saisonniers s'établit à demeure près des agences commerciales, religieuses et gouvernementales. C'est ainsi que se sont formés graduellement les villages actuels du Nouveau-Québec.

Pour accomplir ce changement, on créa en 1953 le ministère des Affaires Indiennes et des Ressources naturelles, qui allait se charger d'un certain nombre de fonctions remplies auparavant par d'autres organisations gouvernementales. L'année suivante, on envoyait le premier groupe d'administrateurs, appelés agents du Service du Nord, dans les différents postes arctiques, avec les missions suivantes: décharger les agents de la

Gendarmerie royale de certains de leurs devoirs sociaux, épauler les instituteurs des premières écoles du gouvernement fédéral, encourager l'établissement d'une administration locale, promouvoir les projets de développement économique et fournir toutes formes d'aide à la population de ces collectivités (MAIN, 1980 : 8). Dès 1955, le Gouvernement fédéral délégua son premier administrateur permanent à Fort-Chimo.

L'accroissement démographique rapide à compter du milieu des années cinquante, effet, en partie, de l'intervention gouvernementale en matière de santé et de bien-être, aura de plus comme conséquence d'accroître le déséquilibre entre la population inuit et les ressources locales exploitées. Il en résultera une dépendance accrue envers l'aide économique venant de l'extérieur: les activités traditionnelles de pêche, de chasse et de trappe deviennent de plus en plus marginales et le revenu des familles provient principalement de l'Etat bien que, dans certains cas, des revenus aient été générés par des emplois rémunérés, la vente de fourrures ou de l'artisanat. Selon Lachance (1979: 301), la concentration de la population autour des agences gouvernementales et privées s'accélerera à partir de ce moment et sera fortement influencée, vers 1960, par le programme fédéral d'habitation et par l'introduction de nouveaux moyens de transport rapide.

2.5 La sédentarisation et le mouvement des coopératives.

Les années cinquante furent le théâtre du développement rapide d'une technologie nouvelle dans les sociétés industrialisées et de la mise en place de services gouvernementaux devant être accessibles à tous les canadiens, ce qui a entraîné des interventions de plus en plus nombreuses de la part du gouvernement fédéral et des intérêts privés, commerciaux et industriels. Ces interventions se firent sentir chez les Inuit et ont touché à peu près tous les aspects de leur mode de vie: résidence, occupation, santé, éducation, connaissance et langue. Si, au début de la présence de Blancs au Nord, l'influence socio-économique des compagnies commerciales se limita d'abord au domaine technologique

et à celui du cycle annuel des activités en introduisant le piégeage intensif et systématique du renard, l'intervention prépondérante des agences gouvernementales vint renforcer les changements déjà en cours et briser définitivement les migrations saisonnières en forçant plus ou moins le regroupement des bandes familiales, ce qui constitue les villages actuels.

La naissance de ces villages amena graduellement la mise en place de services municipaux de plus en plus élaborés tels la distribution d'eau potable, la collection des ordures ménagères, l'entretien domiciliaire, la production et la distribution d'électricité et le service d'huile à chauffage. Parallèlement, l'on assista à l'accroissement, d'année en année, des programmes d'aide directe de même que des programmes de soins préventifs, pré-nataux et post-nataux. Il n'est donc pas erroné d'établir un lien entre ces mouvements concomitants de concentration et d'augmentation rapides de la population et le déploiement de services par les agences gouvernementales. En effet, ces derniers semblent avoir été à la base de la sédentarisation des Inuit.

Au début des années soixante, les Inuit du Nouveau-Québec sont en fait indéniablement une clientèle d'une administration étatique. Cherchant à coller un nom au régime qui prit alors place, J.J. Simard (1979(1): 112-113) risque le terme de "colonialisme de Welfare State" pour les raisons suivantes: la techno-bureaucratie réduit les hommes du nord, collectivement, au statut de clientèle administrative. De plus, elle divise et morcelle les problèmes en secteurs, en juridictions, en services, ce qui a pour effet de couper d'avance tout accès collectif à l'autonomie économique, à la manipulation réelle des moyens et des facteurs nouveaux de production.

C'est dans ce contexte de perte d'autonomie ressentie par les Inuit, que se développera, chez plusieurs d'entre eux, une critique des programmes d'assistance. Ils accusèrent ces programmes de les transformer en mendiants à béquilles et demandèrent plutôt à l'Etat-père de les aider à

s'aider eux-mêmes en leur fournissant le savoir-faire qui les rendra prêts à s'occuper de leurs propres affaires.

Selon Simard (1979 (2): 195), ce discours au nationalisme latent se retrouvera principalement en 1960 dans les remous d'un mouvement social, où, précisément, les Inuit essaient de s'organiser et s'approprier de nouveaux moyens de production: celui des coopératives. Ce mouvement est né en 1960 de l'incorporation de la société des sculpteurs de Povungnituk en coopérative à fins multiples. Il a suscité des organisations du même type à Inukjuak, Ivujivik et Saglouc. Povungnituk servira toutefois de pivot entre les coopératives et le Sud, où un bureau s'occupait d'écouler les sculptures et d'approvisionner en marchandises les rudiments de magasins de consommation du nord.

Avec ce mouvement, une nouvelle organisation inuit commence à se manifester au nord peu de temps après la sédentarisation de ces derniers. Le Gouvernement fédéral chercha à le contrer en quelque sorte en mettant sur pied des coopératives dans l'Ungava. Toutefois, il ne put empêcher la manifestation d'une volonté d'autonomie chez les Inuit, notamment ceux qui étaient plus éloignés des centres de services gouvernementaux offerts.

3. Apparition au Nord du Gouvernement du Québec.

La présence du Gouvernement canadien sur des territoires de juridiction québecoise ne fut pas sans soulever des débats au sein du Gouvernement du Québec au moment où un mouvement de restructuration de la société québecoise fut déclenché par la Révolution tranquille. Il s'en suivit une série de gestes qui ont débouché sur l'affirmation progressive de l'appareil d'Etat québecois au nord tout en permettant au Gouvernement fédéral de conserver les services qui assurent son hégémonie sur ce territoire.

3.1 L'intervention québecoise au Nouveau-Québec.

C'est en l'absence de services offerts par le Québec que le Gouvernement canadien a pu, dans la décennie 1950-60, étendre son activité au Nou-

veau-Québec à la suite de l'opinion émise par la Cour Suprême du Canada en 1939. Au début des années soixante, cette situation vint se modifier substantiellement. En effet, alors que l'activité nordique du gouvernement fédéral s'organise sur de nouvelles bases et s'amplifie au Nouveau-Québec, le Gouvernement du Québec décide de revenir sur son passé en affirmant que son autorité doit se rendre jusqu'au détroit d'Hudson et en découvrant l'existence des Inuit sur cette portion de territoire (Brochu, 1964:71).

Ce revirement est motivé selon Rouland (1978:19-20) de diverses façons: 1) la décision du Gouvernement québecois, alors représenté par R. Lévesque, ministre des Richesses naturelles, d'adopter une série de mesures pour faire échec au haut degré d'anglicisation des Inuit, phénomène qu'il avait pu observer lors d'un voyage effectué à Fort-Chimo à cette période, 2) la montée du nationalisme québecois qui trouve dans l'affirmation de sa souveraineté territoriale un de ses moteurs principaux et 3) la nécessité d'un élargissement territorial en relation avec les besoins énergétiques du Québec.

Dès lors, on a assisté au déploiement rapide de services publics québecois comme la santé, l'éducation et la justice. Il fut orchestré par la Direction générale du Nouveau-Québec (DGNQ), organisme de coordination de toute l'action gouvernementale auprès des Inuit du Nouveau-Québec. Les débuts de cet organisme dans l'administration nordique furent marqués par l'inexpérience et un certain nombre d'autres caractéristiques. L.E. Hamelin (1980: 258-261) en a dégagé trois points principaux: 1) le flottement et une timidité dans les politiques officielles, 2) l'absence d'unicité à l'intérieur du ministère auquel la D.G.N.Q. était rattachée-il semble que ce soit avec raison que l'on puisse souligner le divorce réel entre une Direction qui devait se pencher sur des questions humaines et éducationnelles et un ministère intéressé aux mines, à l'eau, c'est à dire à des ressources naturelles, ce qui était source de tension évidente entre géologues et sociologues ou économistes-et 3) l'incapacité de pouvoir bénéficier d'une banque de personnes compétentes pour administrer les "affai-

res" du Nouveau-Québec, les québecois n'ayant pas été préparés à "faire du Nord". Malgré cela, les efforts déployés par le Québec sont grands, car le Fédéral est déjà bien en place et bien organisé, les Inuit bien anglicisés et gagnés à la sympathie du fédéral qui les a sauvé de la famine. Il en découla une duplication dans plusieurs services et des frictions importantes..

3.2 Le parallélisme des structures gouvernementales.

En arrivant tardivement au nord, le Gouvernement du Québec rencontra des joueurs déjà en place. Désireux d'y rester, le gouvernement fédéral n'entendait pas laisser se développer la percée québecoise sans tenter de la freiner principalement par mesure de précaution, affirma-t-il contre les tendances indépendantistes de la province de Québec. En effet, à tort ou raison, le Gouvernement fédéral a constaté une coïncidence entre la québécisation réclamée du nord et le développement de l'idée d'indépendance au Québec. Le fait que René Lévesque se soit trouvé chronologiquement associé à l'un puis à l'autre objectif a probablement facilité les choses, selon Hamelin (1979: 196). Devant ces tendances, l'on se demanda s'il était raisonnable d'acquiescer aux demandes nordiques du Québec à la veille d'une éventuelle rupture. Pour ces raisons, le Gouvernement fédéral continua d'assurer certains de ses services importants aux yeux de la population inuit, tels l'éducation et la santé. Bientôt, ils furent doublés par ceux du Gouvernement du Québec (voir le tableau 5).

Aussi, se retrouve-t-on en 1960 avec une panoplie de bureaux divers répartis sur tout le territoire du Nouveau-Québec. En effet, dans presque tous les villages, l'on retrouve des établissements du Gouvernement du Québec et du Gouvernement fédéral avec une forte concentration de ceux-ci à Fort-Chimo et Poste-de-la-Baleine. L'absurdité pratique de cette situation de duplication de services coûteux apparaîtra évidente aux yeux des Inuit. Certains ont trouvé que le mieux à faire était de profiter de cette situation pour avoir accès au maximum de services alors que d'autres voyaient dans ces programmes fédéraux et provinciaux, la mi-

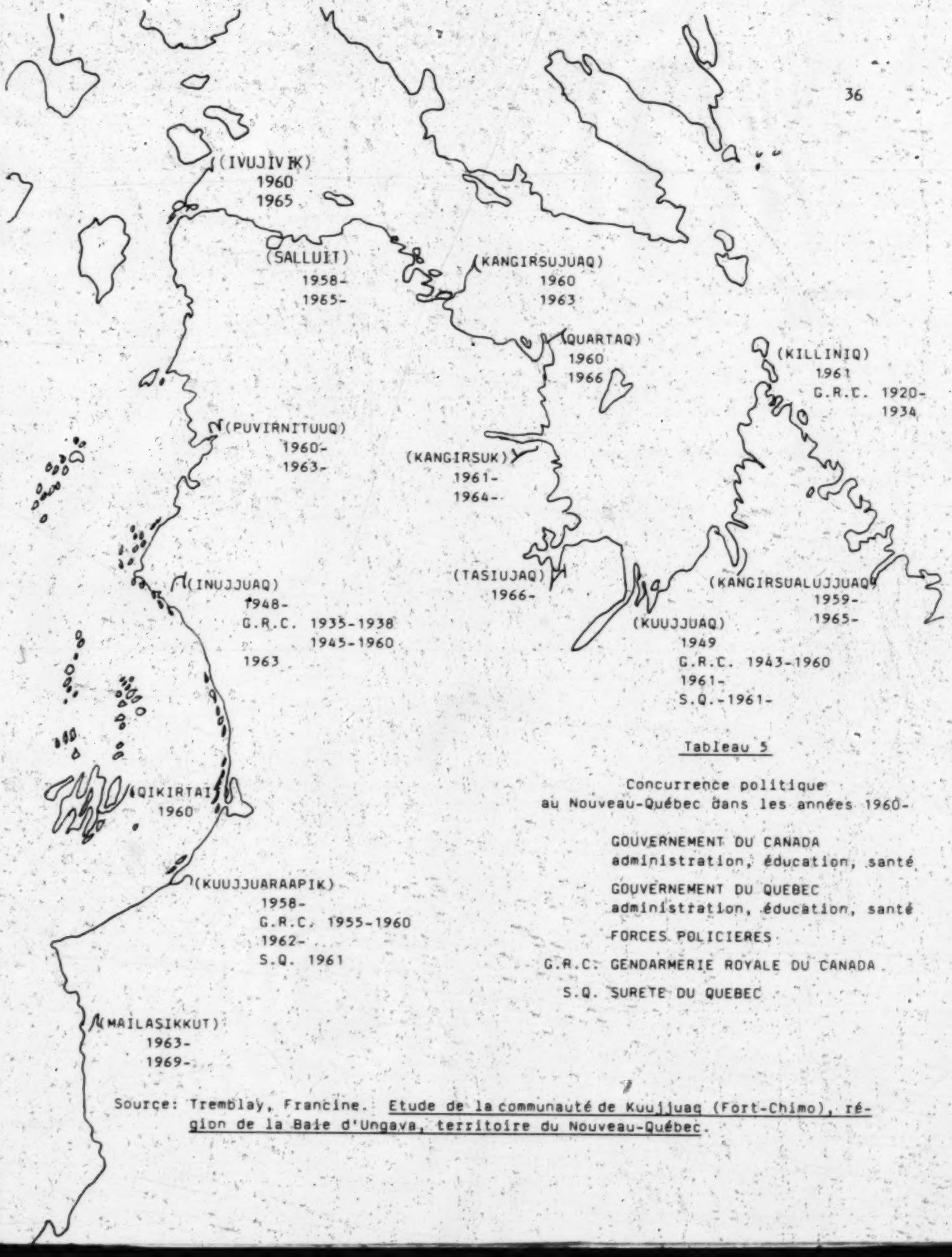


Tableau 5

Concurrence politique
au Nouveau-Québec dans les années 1960-

GOUVERNEMENT DU CANADA
administration, éducation, santé

GOUVERNEMENT DU QUEBEC
administration, éducation, santé

FORCES POLICIERES

G.R.C. GENDARMERIE ROYALE DU CANADA

S.Q. SURETE DU QUEBEC

Source: Tremblay, Francine. Etude de la communauté de Kuujjuaq (Fort-Chimo), région de la Baie d'Ungava, territoire du Nouveau-Québec.

se en oeuvre d'un régime d'assistance sociale (Therrien, 1979:123). Ces derniers, en partie membres du mouvement des coopératives, y trouvèrent des raisons de plus pour mettre de l'avant la prise en charge progressive de l'économie par la population. C'est en ce sens que, selon Simard (1979 (2):196), ils firent des revendications politiques.

La concurrence croissante des bureaucraties fédérale et provinciale ne pouvant qu'augmenter les chances d'une éventuelle confrontation administrative et politique, la recherche d'une solution s'imposait. Des négociations intenses sur la passation des leviers administratifs du Gouvernement fédéral à celui de la Province de Québec eurent lieu en 1964, 1967 et 1969. Cependant, malgré l'acceptation par le Gouvernement canadien du principe du transfert d'administration dès 1964, il semble, aux dires de plusieurs fonctionnaires québecois qui ont vécu cette période, que toutes les velleités du gouvernement fédéral au cours de ces négociations répétées ont été contrées par des interventions indirectes. Il est toutefois impossible d'en démêler l'écheveau car l'on y retrouvait à la fois, des politiciens, des Inuit, l'Eglise anglicane et même la Compagnie de la Baie d'Hudson, sans parler de maints fonctionnaires fédéraux. Chose certaine, durant cette période, les budgets du Fédéral au Nouveau-Québec se sont accrus (1), ce que corrobore les propos de nos informateurs.

En d'autres termes, tout en prétendant viser à remettre à Québec l'administration du Nouveau-Québec dès que ce dernier sera prêt à l'assumer et que les autochtones en auront exprimé le désir, le ministère fédéral a augmenté d'année en année ses investissements, s'attachant ainsi de plus en plus la fidélité inuit et rendant de plus en plus difficile un accord avec le Québec qu'il accusait d'ailleurs d'inefficacité administrative apparente.

---

(1) Vers 1972, le Fédéral pouvait encore dépenser une somme équivalente à celle du Québec, soit environ une dizaine de millions de dollars. cf L.E. Hamelin. Nordicité canadienne, HMH, ex.266.

3.3 La Commission Neville-Robitaille.

Cette phase stérile de négociation débouchera, en 1970, sur une entente pour enclencher un processus de consultation afin de connaître véritablement les attentes des autochtones à l'égard de l'implantation des services envisagés. Le danger du nationalisme inuit naissant que représentait le mouvement des coopératives, l'absurdité et l'inefficacité des doubles programmes de services, l'aboutissement des négociations difficiles pour les modalités de transfert d'administration ont certes incité les gouvernements à tenter de réduire leurs actions concurrentielles afin de rationnaliser l'administration de la collectivité inuit.

Dans ce contexte, on crût bon de mettre sur pied la Commission Neville-Robitaille. Son mandat fut de recueillir l'opinion de quelques 170 intervenants inuit sur la question du transfert et sur les problèmes généraux des relations entre les Etats et les habitants du Nord.

Les Inuit ont profité de ce moment de consultation pour faire état de leur perception des deux gouvernements qui, parallèlement, s'occupent d'eux. En ce qui les concerne, une chose apparaît alors claire: ils ne veulent pas de l'hégémonie québécoise française et font preuve d'une tolérance bienveillante à l'égard du Gouvernement Fédéral. A partir des quelques exemples qui furent donnés par les Inuit pour appuyer et expliquer une telle position (Therrien, 1979:43), l'on retrouve un reproche s'adressant à l'égard du gouvernement québecois qui n'a pas crû bon de consulter les Inuit depuis 1963. Cette attitude serait à l'origine de l'instauration d'un climat de méfiance de leur part. De plus, il apparaît clair que l'aide économique distribuée par le ministère des Affaires Indiennes et du Nord a laissé des traces de réclamation et de dépendance.

Dès lors, l'on devient plus à même de comprendre pourquoi il n'était pas question, pour les Inuit, de remplacer un "gros gouvernement" riche et expérimenté par un "petit gouvernement" pauvre et malhabile comme l'ont

rappelé Duhaime et Simard (1981:15). Néanmoins, les Inuit ne se gênèrent pas pour s'adresser aux deux gouvernements de façon équivalente et revendiquer des programmes mieux adaptés au nord et des services de meilleure qualité.

3.4 Une acculturation manifeste.

Durant cette phase, l'acculturation des Inuit s'est accentuée. Ainsi au début des années 70, l'anglais, langue d'enseignement, est devenue aussi celle de l'administration et des contacts inter-ethniques. A cette époque, la deuxième génération, celle de la scolarisation, et les effets aussi bien sociaux que linguistiques, se révèlent nombreux. La jeune génération inuit, scolarisée en anglais par des professeurs allochtones et vivant dans les villages, a perdu une bonne partie des connaissances ancestrales sur le milieu, la faune et la flore nordiques. Elle a acquis de nouvelles connaissances «scientifiques» et, surtout, de nouveaux symboles idéologiques où priment l'aisance matérielle et le pouvoir de l'argent. A ses yeux, les techniques anciennes sont devenues inutiles. Les jeunes ont tendance à adopter rapidement les modes du Sud.

La génération plus âgée, quant à elle, a perdu contact avec sa cadette et avec son passé. Si les problèmes d'identification sociale apparaissent nombreux chez les adolescents et les jeunes adultes, ils ne le sont pas moins chez les personnes d'âge plus mûr et les vieux qui désapprouvent le nouveau mode de vie et regrettent l'existence d'antan. Dans ce contexte de transformations socio-culturelles profondes, les mécanismes anciens de contrôle social jouent de moins en moins leur rôle. Dès lors la surveillance policière, y compris celle de la Sûreté du Québec depuis 1960, se fait moins discrète devant l'émergence de phénomènes nouveaux chez les Inuit: alcoolisme, consommation importante de drogues et actes de violence et vandalisme se produisant de temps à autre à la suite de beuveries (Lachance, 1979:302). Même l'autorité morale dont jouissait le missionnaire s'est beaucoup affaiblie et l'on note, au cours de ces années, une baisse dans l'assiduité aux offices religieux.

D'ailleurs,c'est à cette époque que l'administration de la justice connaît des modifications importantes. Les juges et les avocats se déplacent dorénavant à Fort-Chimo pour entendre les causes mineures. Toutefois les procès devant jury ont encore lieu dans le Sud et les peines d'emprisonnement sont purgées dans les pénitenciers du Sud. Alors que pénètrent de plus en plus les lois du Sud, une nouvelle élite politisée s'est formée chez les jeunes adultes. Ils prennent conscience de l'assimilation croissante de leur peuple à la société nord-américaine et de la disparition des mécanismes traditionnels d'identification sociale et culturelle. Leur expérience du Sud et le sentiment d'être dépossédés de leur territoire, de leur culture et bientôt de leur langue leur font rechercher de nouveaux moyens d'affirmation culturelle collective. L'influence du mouvement des coopératives, à ce niveau socio-politique, a eu et a toujours des échos, particulièrement grâce à son programme de formation de leaders locaux.

3.5 La Convention de la Baie James.

Telle était la situation qui prévalait vers les années 70 sur le territoire du Nouveau-Québec: deux gouvernements qui s'affirmaient et une population en profonde mutation cherchant à tirer profit des organismes qui avaient été à la base de sa sédentarisation et revendiquant des zônes d'autonomie. La décision du Gouvernement du Québec de réaliser des travaux hydro-électriques à la Baie James précipita les choses et contribua à l'établissement de nouvelles pratiques. La décision d'aménagement hydro-électrique de la Baie James fut annoncée par le Gouvernement québecois en avril 1971. Le lancement de ces grands travaux, en créant des emplois et en développant le secteur des ressources naturelles de l'économie québecoise, procédait de la volonté de résoudre deux problèmes au Sud: un chômage endémique et le progrès du projet nationaliste.

Dans le cadre de ce projet, des négociations avec les Inuit et les Cris eurent lieu. Elles ont abouti à l'Entente de 1975 après deux ans, ce qui est un délai relativement court si l'on considère que le destin des Inuit et des Cris du Nouveau-Québec était en jeu. Dans ces négocia-

tions, les Inuit souffrirent quelque peu de l'effet de surprise. Très peu d'entre eux avaient été concernés jusqu'alors par les travaux de la Baie James. Aussi, la grande majorité des Inuit était-elle fort peu préparée à l'extension du cadre du règlement du litige. Ils n'eurent que deux ans pour décider du destin de leur peuple car c'est seulement au mois de janvier 1974 que le gouvernement québécois annonça sa décision d'étendre le règlement du litige des territoires de la Baie James à tout le nord québécois. Or, selon Rouland (1978:67), les Inuit n'étaient nullement préparés à répondre à une telle question et ne disposaient ni des délais, ni des moyens que s'était accordé de son côté le gouvernement québécois(1).

Ces négociations un peu forcées aboutirent, en novembre 1975, à la signature d'une entente, principalement basée sur les recommandations de la Commission Dorion (2). Celle-ci avait conclu au rejet de la notion de souveraineté des autochtones tout en signalant qu'une série de textes législatifs divers avaient admis l'existence de droits indiens et inuit sur certaines parties du territoire du Québec. De façon générale, les constatations de la Commission Dorion furent suivies. L'entente entre le Québec et les autochtones devait être entérinée par le gouvernement fédéral.

---

(1) Cette affirmation semble fort juste si l'on considère que le Gouvernement québécois a en fait bénéficié d'un délai de réflexion s'étendant globalement sur une dizaine d'années, de 1966, date de la création de la Commission Dorion à 1975, date de la signature de l'Entente définitive.

(2) Commission chargée par le gouvernement d'étudier les meilleurs moyens d'assurer l'intégrité du territoire québécois, non seulement, du point de vue de la délimitation des frontières externes, mais également de celui des partages de juridiction à l'intérieur du territoire et du statut des minorités ethniques.

Elle le fut, mais au préalable, un référendum dont l'idée a été partiellement inspirée par le désir d'effacer toute ambiguïté eut lieu pour assurer la légitimité de l'Entente. En effet, celle-ci pouvait être mise en cause puisqu'une partie des Inuit avait retiré son mandat à la Northern Quebec Inuit Association (N.Q.I.A.), organisme inuit partie aux négociations, sur la base du fait que l'Entente amenait l'extinction des droits aborigènes. Lors de ce référendum, l'on constate un fort taux d'abstention (34%). Toutefois le pourcentage de votes favorables à l'Entente fut de (95%). Il convient ici de faire remarquer que les opposants à l'Entente ne votèrent pas de façon négative mais s'abstinrent plutôt de participer aux opérations de vote, ce qui explique le fort taux d'abstention. Ils espéraient ainsi ne pas être liés par le résultat du scrutin, ce qui leur valut, dès lors, le nom de Dissidents.

3.6 Des structures administratives au caractère ethnique.

La Convention de la Baie James eut pour effet d'officialiser l'extension de l'administration québecoise et la réintégration progressive de juridictions jusqu'alors exercées par certaines instances fédérales lorsque celles-ci revenaient au Gouvernement du Québec. Ainsi, le Québec, en plus de prendre la relève de certains programmes fédéraux, réalisa une extension de son administration de ses lois, de ses institutions publiques et de ses services au Québec septentrional. Cela a signifié une prise en charge quasi complète du territoire et des populations. Dans le cadre de ces transferts, le gouvernement du Québec a réorienté vers ses ministères des juridictions qui leur revenaient désormais. Les questions de gérance des terres, l'habitation, l'exploitation des ressources, les services municipaux comme ceux de la protection de l'environnement, enfin, toute la panoplie des programmes gouvernementaux seront appelés à être conduits par chacun des ministères sectoriels.

Dans ce contexte, l'on procéda à la dissolution de la DGNQ, structure vers laquelle convergeait l'administration nordique québécoise depuis 1963, et

les responsabilités du Nord, furent dispersées dans à peu près tous les ministères. Conscient qu'une telle multiplication des instances ministérielles risquait de déboucher sur une confusion administrative, le gouvernement du Québec prit soin de créer une structure de "coordination", le Secrétariat aux activités gouvernementales en milieu amérindien et Inuit (SAGMAI), dont le mandat est d'agir comme organisme charnière entre les ministères québecois concernés, les populations autochtones et le Gouvernement fédéral. Définie comme structure légère malgré le fait qu'il soit un organisme directement rattaché au Conseil exécutif et qu'il se soit vu confier la responsabilité d'élaborer une politique nationale sur les Indiens et les Inuit, le SAGMAI aura donc comme mandat la "normalisation" des rapports entre les autochtones et l'Etat québecois en plus d'être conseil auprès du Premier Ministre dans les relations avec le Gouvernement fédéral en regard du territoire du Nouveau-Québec (Larochelle, 1981:39).

Ainsi, à partir de 1976, on a pu assister à la mise en place au Nouveau-Québec de nouvelles structures administratives qui, dans l'idée de ses principaux initiateurs, visent essentiellement à une pleine mise en valeur des ressources du territoire et à la préservation de l'essentiel des avantages économiques du gouvernement du Québec dans cette région, tout en garantissant la préservation de l'identité culturelle des Inuit et la prise en charge de leur avenir.

En effet, pour ses rédacteurs, les dispositions de la Convention de la Baie James ne se limitent pas à assurer aux Inuit le maintien de leurs activités traditionnelles et la préservation de leurs valeurs culturelles. Elles sont censées aussi leur donner également les moyens administratifs et économiques de décider et de promouvoir eux-mêmes leur avenir. C'est ainsi que l'on peut retrouver deux séries de dispositions visant à: 1) la formation de plusieurs municipalités dans les territoires occupés par les Inuit qui y exerceront les pouvoirs propres à ce type d'institutions et 2) à la création d'une administration régionale (KATIVIK), qui y appa-

rait comme une instance supérieure aux municipalités. L'administration régionale a donc juridiction sur tout le territoire situé au nord du 55° parallèle, à l'égard des municipalités et régions non érigées en municipalités. Enfin, tel que l'entend la Convention, l'administration KATIVIK a compétence sur les matières suivantes: administration locale, transports et communications, justice, services de santé et services sociaux, éducation, développement économique, environnement, ressource et gestion des terres.

Ces nouveaux pouvoirs, au premier coup d'oeil, apparaissent considérables. Dans les faits cependant, ils ressemblent plus à une décentralisation modérée et limitée à la gestion des affaires strictement locales. En effet, loin de freiner le mouvement actuel d'assimilation culturelle, l'instauration d'un tel régime politique et économique davantage pensé en fonction du Sud que du Nord, risque d'engendrer une accélération du processus actuel d'intégration des Inuit dans la société canadienne et québecoise. C'est du moins ce qu'a souligné Lachance (1979:302).

La mise en oeuvre des Accords de la Baie James, si elle a aussi entraîné la création d'une commission scolaire distincte, sous le nom de Kativik, a été à la source de la création d'une corporation de de développement dénommée Makivik, De cette corporation est issue la Compagnie Air Inuit. Celle-ci a obtenu, en 1977, les permis nécessaires pour transporter les passagers et les marchandises entre les postes inuit de la Baie d'Ungava et du détroit d'Hudson.

Ces trois organismes sont à caractère ethnique alors que le gouvernement régional ne l'est pas. D'autres organismes, consultatifs ceux-là, sont en voie de formation pour définir les règlements particuliers à ce territoire concernant la chasse, la pêche et le contrôle de l'utilisation du sol, du sous-sol et de l'eau. Les Inuit ont des représentants sur ces divers comités où siègent aussi des représentants des gouvernements du Québec et du Canada.

CONCLUSION

En d'autres termes, sous l'effet de la négociation de la Baie James, une restructuration du pouvoir a été enclenchée, engendrant un partage de juridiction assez complexe à l'intérieur duquel les Inuit sont en partie intégrés. Dès lors, l'apparition du Québec au Nord vers 1960 a contribué à cette restructuration. Si le Gouvernement fédéral a perdu certains contrôles aux mains du Gouvernement du Québec, les autochtones se sont retrouvés avec des champs de pouvoir et des organismes nouveaux. En cela, l'on peut dire que la pénétration du nord a débouché sur un mouvement d'intégration aux institutions du Sud, rendant du coup plus vive la dépendance du Nord et de la population inuit.

S'il est impossible d'établir, à partir de 1950, une relation causale certaine entre telle ou telle intervention gouvernementale, religieuse ou commerciale, et tel ou tel changement de la structure socio-économique des Inuit du Nouveau-Québec, nous avons été toutefois à même de constater qu'à partir de la période d'après-guerre, le développement rapide de l'Etat fédéral et de ses appareils a eu une influence déterminante sur le développement économique, politique et culturel des populations locales. L'apparition du Gouvernement du Québec en 1960 sur le territoire du Nouveau-Québec et, surtout, les retombées de l'Entente avec les Inuit dans le cadre des travaux de la Baie James, ont contribué à accentuer ce développement. Il s'en est suivi le remplacement quasi total de l'univers technologique traditionnel par une technologie importée, l'abandon irréversible des modes de production et de résidence anciens, la mise en oeuvre de nouvelles formes de rapports sociaux et politiques engendrés par la concentration des populations et la croissance démographique, l'instauration du travail salarié et l'apparition d'une économie monétaire. Ce sont là autant d'indices d'une transformation profonde. Cette transformation, exogène aux populations inuit quant à son origine et à son développement historique, même si elle semble trouver toute sa logique dans l'action directe et croissante des Etats canadien et québecois au Nouveau-Québec, ne s'est pas faite sans l'implication des Inuit. Toutefois, au delà de l'implication

de ces derniers, l'on peut avancer que celle-ci s'inspire davantage d'un projet de prise en charge contrairement à un projet d'appropriation territoriale des Gouvernements canadien et québecois même si la présence de l'un ou l'autre gouvernement a trouvé sa justification tantôt dans des visées humanitaires, tantôt dans des fins d'affirmation. Dans le prochain chapitre, nous analyserons à l'aide du dossier des services de santé, comment se sont irradiées les visées des Gouvernements du Sud sur le territoire du Nouveau-Québec et jusqu'à quel point les services offerts ont engendré plus de dépendance que d'autonomie.

CHAPITRE 2

Particulièrement depuis les trente dernières années, le Nouveau-Québec a subi des changements profonds dans le domaine de la démographie, de l'économie et de l'écologie. Un des plus importants, peut-être, aura été la hausse du niveau des services de santé au sein de la population inuit. A cet effet, le constat d'une nette amélioration de l'état de santé des Inuit quant aux maladies mortelles et épidémiques qui les affligeaient, s'avère aujourd'hui une tâche facile.

Le présent chapitre a pour but de mesurer cet impact des services de santé chez les Inuit, tant du point de vue de leur état de santé que du point de vue de leur fréquentation de ces services. De plus, il établit une correspondance entre les différentes phases du déploiement des services sanitaires et l'évolution de la pénétration étatique au Nouveau-Québec, tout en faisant une description des principaux programmes de soins de santé en vigueur dans cette région et dont la conception et le mode de fonctionnement appartiennent principalement au Sud.

A cet égard, il montre que les services de santé ont quasi été le cheval de Troie de chacun des gouvernements impliqués au sens qu'ils ont connu des augmentations notoires à chaque fois que les gouvernements cherchaient à prendre en charge le territoire du Nouveau-Québec et la population inuit. Ces augmentations, fort paradoxalement, n'ont que partiellement contribué à l'amélioration de la santé des Inuit. Ces derniers, traités pour certaines maladies, en ont développé d'autres au contact des Blancs et sont devenus plus dépendants envers ces services. Trois parties composent ce chapitre. Les deux premières montrent comment les gouvernements canadien et québecois ont déployé leurs services de santé tandis que

le troisième fait un bilan de l'état de santé des Inuit et de leur intégration à un appareil médical conçu selon les normes du Sud.

1. De la Sainte-Trinité aux services de santé organisés.

Avant l'implantation des Blancs au Nord, les Inuit possédaient divers moyens pour leur maintien en santé. Nous nous y arrêterons brièvement pour faire ressortir par la suite comment la venue des Blancs a amené des pratiques nouvelles que l'Etat fédéral a renforcé selon une vision de la santé des Blancs.

1.1 La médecine traditionnelle inuit.

Bien que tous s'accordent sur le fait que les problèmes de santé des Inuit se soient passablement modifiés avec l'arrivée des Blancs dans le Nord, il existe peu d'information sur l'état de santé des Inuit des temps anciens. Certains explorateurs européens (1) ont mentionné qu'il existait chez les Inuit une mortalité infantile très élevée qui pouvait atteindre environ un enfant sur deux avant l'âge de cinq ans. Ils font également état, dans leurs rapports de voyage, de maladies dermatologiques, ophtalmologiques, neurologiques, pulmonaires et d'infections cutanées. Ceci dit, le climat rigoureux combiné à une certaine isolation géographique semblent avoir préservé les ancêtres des Inuit contemporains des maladies qui affectaient alors les populations habitant les régions plus tempérées du Sud, tel que la malaria, l'influenza, la rougeole, etc... (Labbé, 1980 (1): 3). Pour ce qui a trait aux soins de santé en cas de maladie à cette époque, la famille, structure la plus importante de l'organisation sociale, est le lieu de référence pour les trouver. Ainsi, les

(1) On peut citer à titre d'exemple J. Richardson et J. Rae qui ont tous deux navigué les eaux arctiques à plusieurs reprises entre les années 1818 et 1854. cf B. Brett. "A Synopsis of Northern medical History" in Canadian Medical Association Journal Expert, mars 1969, p.3-4.

cas de coupures, de fractures et de troubles digestifs sont guéris par des personnes habiles en la matière, tandis que les autres maladies du corps et de l'esprit, parce que plus compliquées, étaient attribuées à des maléfices et traitées par le chaman ou guérisseur (Crowe, 1979:58). Les chamans connaissaient bien la nature humaine et pouvaient mêler des conseils pratiques à leurs traitements magiques.

Contrairement à la médecine occidentale, les Inuit percevaient alors, selon O'Neil (1979: 2-3), les causes des maladies non pas comme étant biologiques mais comme plutôt imputables à des facteurs sociaux et psychologiques. Le principe qui animait ce système de croyance était que les désordres à la fois physiques et mentaux étaient causés par une déviation du comportement individuel par rapport aux normes établies de la société. Le rôle curatif du chaman était donc d'élucider quel avait été le comportement déviant chez l'individu affligé ou, dans son entourage immédiat, qui était responsable de la maladie. On pouvait par la suite extirper l'esprit maléfique du corps de l'individu par diverses techniques appropriées et ce dernier recouvrait généralement la santé. Saladin d'Anglure (1967) cite les auteurs Hawkes (1916) et Turner (1888) pour donner quelques détails sur ces fonctions de guérisseur.

> " ... en cas d'extrême détresse, les services du chaman sont requis; il se bande les yeux, on place une couverture sur sa tête pour le protéger de la lumière, ou, s'il fait nuit, il fait éteindre la lumière. Puis, par une série de gestes compliqués, accompagnés de gémissements et de contorsions du corps, les plus variés, destinés à produire le plus grand effet, il bat le patient, le roule et le masse, jusqu'à ce que l'esprit, cause de la maladie, soit capturé ou chassé de la victime. Le chaman, en attendant, entre lui-même en délire et prend soin d'annoncer la guérison du malade..." (Saladin d'Anglure, 1967: 173).

Ces services privés du chaman étaient habituellement rétribués selon la nature du service et aussi selon la richesse du client. Pour Turner (1888), les délais de guérison du malade pouvaient dépendre de sa richesse et de sa générosité à l'égard du chaman.

En résumé, telles sont les pratiques médicales qui ont desservi les Inuit avant la période de contact du début du 16^{e} siècle avec les explorateurs européens. D'ailleurs, sur la base des connaissances acquises, les Inuit ont indiqué aux Blancs, à plusieurs occasions, les principes minimaux de survie en milieu arctique et des mesures de prévention contre le scorbut (Brett, 1969:522), mais à partir du milieu du 19^{e} siècle, alors que s'intensifiaient les activités d'exploration européenne au nord, la médecine traditionnelle inuit commença à rencontrer de sérieuses difficultés notamment quant au traitement des maladies infectieuses originant de cette présence européenne de plus en plus fréquente.

1.2 Une aide sanitaire, mais par personnes interposées.

Au début du siècle, une présence canado-européenne permanente s'est manifestée dans l'ensemble de l'Arctique canadien. Il en résulta des contacts accrus avec les Inuit de la part de traiteurs, de missionnaires et d'aventuriers. Les Inuit n'étant pas immunisés contre certaines maladies importées par ces nouveaux habitants, l'on vit apparaître des maladies qui leurs étaient jusqu'alors inconnues: variole, rougeole, dysentrie, influenza, gonorrhée et tuberculose. Ces maladies amèneront une augmentation du taux de mortalité des Inuit. On estime que le nombre d'Inuit au Canada, au moment des premiers contacts avec les Européens, étaient autour de 22,000. Selon Labbé (1980 (1):3), en 1929, il n'était plus que 8,000.

C'est à partir de cette date que débutent les services de santé chez les Inuit du Nouveau-Québec au moment même où différentes institutions ou entreprises tels que la police montée, les services religieux et les firmes commerciales favoriseront l'établissement de représentants dans ces régions. Suscités par le Gouvernement fédéral, ils furent transmis par personnes interposées. En effet, les services médicaux reposaient alors sur les repré-

tants de la «Sainte-Trinité»(1): les missionnaires, la Compagnie de la Baie d'Hudson et la Gendarmerie royale. Un membre de l'un ou l'autre de ces organismes assurait, généralement sans préparation, les services de santé aux communautés inuit. Pour offrir ces services, les représentants de la HBC devaient posséder seulement quelques notions de médecine et être en mesure de manipuler quelques médicaments non prescriptifs qu'ils devaient garder. Ce secours d'urgence que l'Etat assurait ainsi aux autochtones, conférait simultanément au rapport marchand entre traiteurs et trappeurs l'apparence d'une mansuétude bienveillante, ce qui n'a pas été sans jouer un rôle dans le processus de sédentarisation des Inuit, selon Simard (1979)(1):106).

De leur côté, les missionnaires essayaient de convaincre les Inuit que les chamans étaient malveillants et que les prières étaient un moyen beaucoup plus efficace que les pratiques traditionnelles pour confronter les troubles surnaturels. Parallèlement, ils dispensaient des soins curatifs de base, à la manière des agents de la HBC. Ceci dit, tout porte à croire que les chaman ont quand même continué à exercer leur fonction loin des yeux toutefois des missionnaires (Crowe (1979: 217). De plus, avec l'installation, par le gouvernement Fédéral, d'effectifs symboliques de la police de la Gendarmerie royale dans un but à la fois d'ordre politique et international aux fins de renforcer l'application des lois canadiennes sur le sol nordique et manifester sa souveraineté dans le but de décourager les prétentions des Etats-Unis jugées trop audacieuses, de nouveaux agents purent octroyer certains soins aux Inuit mais toujours de façon très limitée.

(1) Expression utilisée par C. Wenzel dans "La transformation des rapports" dans l'Infirmière canadienne, no 10, 1978, p. 13 pour désigner les trois principaux pourvoyeurs de soins de santé à cette époque au Nouveau-Québec.

De fait, à cette période, l'application des soins médicaux plus complexes n'étaient possibles qu'à la fin de l'été, à l'arrivée du bateau d'approvisionnement ou du bateau du gouvernement qui faisait escale à chaque localité. Les tournées annuelles de ce bateau ont débuté en 1922, avec l'Eastern Arctic Patrol, bateau nolisé par la Compagnie de la Baie d'Hudson pour effectuer le ravitaillement des différents postes de la Compagnie au Nouveau-Québec et dans l'Arctique de l'Est. Fréquemment, un médecin était ajouté à la liste des membres de l'équipage pour donner des soins aux Inuit lors des escales de déchargement. Les patients souffrant de problèmes sérieux étaient ramenés pour être hospitalisés dans les établissements de santé du Sud, pour des périodes pouvant aller jusqu'à trois ans (1). Toutefois, compte-tenu de la courte saison de navigation et des nombreux postes à visiter, le bateau ne demeurait pas plus de un à deux jours à chaque endroit: seuls les Inuit présents à ce moment pouvaient bénéficier des soins médicaux.

Ces formes d'intervention sanitaire furent privilégiées par le Gouvernement canadien même après les famines et épidémies des années 30. Elles furent maintenues, révélant que ce gouvernement préférait fournir des soins de santé aux Inuit de façon indirecte en utilisant les ressources humaines déjà en place au Nord, ces personnes étant plus à même de voir à l'aide médicale lorsque nécessaire ce qui s'avérait également moins coûteux dans la mesure où ces services, selon le Gouvernement fédéral, revenaient au Gouvernement du Québec.

En réalité, ce n'est qu'au début des années 40 que le Gouvernement canadien s'implique davantage dans la dispensation des soins de santé au Nouveau-Québec en formalisant l'organisation des tournées médicales par bateau. Au cours de ces années, grâce au concours des facultés de médecine de quelques universités, le personnel sanitaire du bateau a été aug-

(1) Ce qui, en plus d'avoir une importance médicale certaine, revêtait un aspect de catalyseur dans le phénomène d'acculturation chez les Inuit.

monté à deux médecins, quelques infirmières et deux aides-infirmières habituellement d'origine inuit. On ajoute également des appareils radiologiques et du matériel de laboratoire. Dès lors, les services offerts se sont graduellement diversifiés. En plus des soins curatifs, on ajouta, selon Philips (1958:6-7),un service de dépistage radiologique de la tuberculose, un service de vaccination, de soins dentaires et des services sociaux.

1.3 La santé des Inuit devient affaire d'Etat.

En 1945, l'administration des services médicaux des Indiens et des Inuit fut transférée du ministère des Mines et Ressources au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (MSBES) et prend le nom de Service d'hygiène des Indiens. A partir de cette période, on planifia un programme de soins médicaux permanents pour les Inuit. Toutefois,il est important de noter que seuls les services de santé furent transférés, ce qui signifie que tous les autres services offerts aux autochtones demeuraient sous la responsabilité du département des Affaires Indiennes, des Mines et Ressources.

Dans l'esprit des administrateurs, ce transfert devait permettre une amélioration substantielle des services de santé puisque, désormais, leur organisation relèverait d'un ministre dont la responsabilité première était la santé. La justesse de leur position fut confirmée puisque l'on assista, dès lors, à une grande impulsion dans le développement des services médicaux et de prévention pour les autochtones. On peut cependant déplorer le fait que ceux-ci soient clairement séparés de l'administration des autres services: tels soit le logement, l'hygiène publique et les services sociaux, entre autres,vu le lien évident entre l'origine des causes de maladie et le statut socio-économique des autochtones. D'ailleurs,ce divorce entre des services qui auraient eu intérêt à être regroupés administrativement, alimentera un manque de coordination, caractéristique du début de l'administration fédérale au nord. Du moins, est-ce là

une opinion soutenue par Graham-Cumming (1967:127). Le développement de ces services résulte de plusieurs évènements. Le premier a certes été la succession d'épidémies et de famines qui ont frappé les Inuit dans les années 1930. Cela a amené le gouvernement canadien à déplacer une grande partie de la population inuit vers des établissements permanents. Cette centralisation, commencée au début des années 50, s'est poursuivie dans certaines régions jusque dans les années 1960. Le second facteur a été la prise de conscience, après la Seconde Guerre mondiale, du rôle stratégique et économique de l'Arctique canadien avec pour conséquence l'implantation d'un grand nombre de non Inuit au Nord.

Ce second aspect est très important. Un passage du rapport annuel du C.D. Howe (bateau médical de l'époque) de 1957 illustre bien l'intérêt que pouvaient revêtir ces tournées à vocation médicale qui, pour les administrateurs du gouvernement fédéral, faisaient partie des éléments d'une stratégie de défense.

> "The health and welfare of all the widely separated and sparsley inhabited communities of the Arctic are of considerable importance to defence in the event of conventional military operations and, indeed, are of even greater importance to the type of defensive operations now being carried out in these regions. Consequently, although this report deals mainly with the civilian population and with activities of agencies and departments other than the Department of National Defence (and may be of interest to them), they have been included here as matters of defence interest" (Hidles, (1957:1)).

En même temps, il est devenu manifeste que les sites des installations militaires constitueraient un endroit idéal pour loger les Inuit déplacés. D'autres villages ont été établis à proximité des entrepôts existants de la Compagnie de la Baie d'Hudson,ces derniers constituant de bons ports de tout acabit.

Le troisième évènement est l'amélioration des moyens de transport et de communications qui,à cette époque, a facilité le déplacement des malades vers le Sud et permis aux Inuit du Nouveau-Québec de recevoir chez eux des soins médicaux et infirmiers sur une base plus régulière. Dès lors, les services médicaux du Nord ont cherché à répondre aux besoins des Inuit dans le domaine de la santé. L'implantation d'avant-postes de soins infirmiers constituait un élément important de ce programme.

1.4 Un état de santé qui requiert des services organisés.

Au-delà de ces considérations stratégiques, l'état de santé déplorable des Inuit découvert au cours des années 50 a été un facteur déterminant dans l'accélération du déploiement des services sanitaires au Nouveau-Québec. La tuberculose pulmonaire était devenue à ce moment, selon les Blancs, un grand danger pour les autochtones car elle progressait d'année en année (1). De plus, les Inuit semblaient avoir développé peu de résistance contre des maladies telles la rougeole, la consomption, la variole et les gastro-entérites dont les effets se faisaient sentir de façon assez virulente, particulièrement dans la population infantile.

En 1953, une épidémie de rougeole décima plus de 13% de la population dans la région de la Baie de l'Ungava. Cette situation était suffisamment grave pour justifier un mandat de "sauvetage" de la part du service d'hygiène aux Indiens du MSBES. C'est ainsi que le problème était perçu par le MSBES. Pour lui,

> "Reduced to its simplest terms the question which the Service is trying to answer is how to overcome the difficulties inherent in arranging a modern health service for 2,000 small groups, often isolated and sometimes primitive, scattered over half a continent" (MSBES,1955:4).

(1) Voir le tableau 6 à la page 56.

Tableau 6

Progression de la tuberculose dans la population inuit du Canada durant les années 50.

1950 : La tuberculose décime entre 15 et 20% de la population nuit du Canada arctique.

1952 : La tuberculose est la première cause de décès chez les Inuit.

1953 : 686 Inuit sont dans des sanatorium pour traitement, reléguant au 3^{o} rang la tuberculose comme cause de mortalité.

1954 : La tuberculose passe au 8^{o} rang dans les principales causes de décès.

1955 : 1356 Inuit séjournent dans les hôpitaux du Sud.

1956 : 1 Inuit sur 7 souffre de tuberculose.

1957-58: Le nombre d'Inuit atteints de tuberculose diminue considérablement.

1959 : 940 Inuit sont dans des sanatorium pour traitement, ce qui équivaut à 1 Inuit sur 12.

Sources: Jenness Diamond, Eskimo Administration: vol. 1-5, p. 142-143.

Dufour Marie-Josée,- Données compilées à partir des rapports annuels du MSBES des années 50.

Dès lors, le Gouvernement fédéral, dans l'ère du Welfare State, n'hésita pas à débloquer des sommes d'argent annuelles croissantes — elles ont passé de 13 millions à 24 millions de 1952 à 1961 (1) — afin de mettre sur pied des programmes de services de santé en rapport avec l'état de santé de la population constaté par les spécialistes engagés par le MSBES selon lesquels l'explication de la morbidité chez les Inuit renvoyait à des causes culturelles. En effet, pour ces derniers,

> "The greatest problems facing the Directorate are social rather than individual in scope, and many are peculiar to the Service. The depressed economic and educational level of most, the inadequate housing and poor nutritional status of many, the ignorance and superstition rife amongst some, all contribute to the high incidence of disease still found amongst the native peoples ... Underlying their more striking differences and contributing to there prevalence is a widespread ignorance of the basic principles of sanitation. Most important of all, perhaps, and most difficult to treat, is the need these people have for help in spanning the cultural and educational gap that lids between them and full social integration" (MSBES, 1954:80).

Pour faire suite à une telle conception globalisante de la santé, il allait de soi que le département du ministère de la santé et Bien-être social poursuive la bataille qu'il menait, depuis 1945, contre la tuberculose, mais ajoute à sa campagne sanitaire un programme de médecine préventive d'importance équivalente.

Ainsi en 1955, retrouve-t-on les principaux programmes de services de santé offerts par le Gouvernement fédéral composés de vaccinations continues dont le but était d'immuniser les Inuit contre les maladies contagieuses les plus courantes qui ravageaient leur population depuis le début du siècle, du traitement de la tuberculose grâce au vaccin BCG et de l'évacuation

(1) Voir le tableau 7 à la page 58 .

Tableau 7

Dépenses gouvernementales du Service d'hygiène aux Indiens et du Nord (Indian and Northern Health Services) du MSBES, pour les années 1952-53 à 1961-62.

	Total des dépenses	Pourcentage d'augmentation (par rapport à l'année précédente)
	$	%
1952-53	12,879,406	+ 9,0
1953-54	14,272,610	+ 10,8
1954-55	15,537,864	+ 8,9
1955-56	16,719,222	+ 7,6
1956-57	18,839,782	+ 12,6
1957-58	20,721,838	+ 10,0
1958-59	22,625,254	+ 9,2
1959-60	21,904,935	- 3,2
1960-61	23,004,935	+ 5,0
1961-62	23,970,411	+ 4,2

N.B. Ce tableau comprend les dépenses des traitements, du dépistage, du programme en santé publique, du transport lors des évacuations, de l'entretien de l'équipement sanitaire et les dépenses sur de nouvelles constructions et équipements. Les chiffres n'incluent pas les subventions données aux hôpitaux. L'année 1959-60 marque une période de coupures budgétaires.

Source: Rapports annuels du MSBES 1957 et 1960

des patients atteints dans les hôpitaux mieux équipés du Sud, de l'initiation à la santé publique de façon générale et dans le réseau scolaire, des cours post et pré-nataux, et enfin, de la dispensation des soins curatifs de première ligne.

Pour la mise en application de tels programmes de soins de santé, il semble que l'on ait visé davantage sur une expansion graduelle et continue de ces services. C'est du moins ce qui se dégage lorsque l'on analyse la fréquentation des services (1), le personnel (2) qui a augmenté et l'infrastructure qui est demeurée assez stable (3). C'est dans ce contexte d'ensemble que les administrateurs du Gouvernement Fédéral, persuadés qu'ils étaient que les services de santé et l'éducation sont les plus sûrs moyens d'obtenir des résultats tangibles dans l'amélioration de la santé d'une population, ont cherché à déployer des services sanitaires sur le sol nordique et se sont mis rapidement à la tâche à l'échelle de la réalité de la baie de l'Ungava.

1.5 Les services de santé dans l'Ungava et leurs retombées.

Dès 1947, on retrouve à Fort-Chimo une sorte d'avant-poste infirmier qui fonctionne grâce à une infirmière, épouse d'un policier de la GRC. Au cours des années suivantes, ce village et quelques autres seront dotés d'un dispensaire et d'un personnel permanent: Fort-Chimo en 1950, à l'endroit aujourd'hui appelé le vieux Chimo et qui, en 1959, sera déménagé à l'emplacement actuel du village, Payne Bay et Wakeham Bay en 1961 et Koartak en 1962. Selon une des premières infirmières envoyées au Nouveau-Québec par le Gouvernement Fédéral, les villages sans dispensaires recevaient de façon périodique, la visite d'infirmières itinérantes: les postes de la Baie

(1) Voir le tableau 8 à la page 60
(2) Voir le tableau 9 à la page 61
(3) Voir le tableau 10 à la page 62

Tableau 8

Fréquentation du nursing Station de Fort-Chimo pour les années 1956 à 1965

	Nombre de patients sous traitement	Nombre de jours d'hospitalisation des patients	Nombre de jours de séparation des patients
1956	24	178	7.4
1957	21	133	6.6
1958	46	384	8.3
1959	64	394	6.3
1960	145	577	3.9
1961	120	581	4.8
1962	110	470	4.3
1963	92	411	4.4
1964	108	477	4.4
1965	156	503	3.2

Source: Dufour, Marie-Josée. Données compilées à partir des Rapports annuels du MSBES des années 1956 à 1965.

Tableau 9

Personnel affecté aux services médicaux dans l'Est canadien (Région administrative) de 1955 à 1961

	Fonctionnaires	Infirmières	Dentistes	Médecins à temps partiel	Autres	Total
1955	2	25	1	6	---	---
1956	19	98	7	25	195	344
1957	17	111	6	26	196	356
1958	19	115	5	21	204	364
1959	19	116	6	16	255	411
1960	22	113	8	15	262	420
1961	22	134	9	12	263	440

Source: Dufour, Marie-Josée. Données compilées à partir des Rapports annuels du MSBES des années 1955 à 1964.

Tableau 10

Infrastructure médicale au Québec (zone administrative) par rapport à celle de l'Est canadien (région administrative) de 1955 à 1961.

	Cliniques	Nursing Stations	Nombre de lits disponibles	Dispensaires
1955	1(8)	5(10)	-----	14(30)
1956	1(8)	5(10)	20(52)	15(31)
1957	2(9)	6(12)	24(56)	15(32)
1959	1(9)	5(7)	20(28)	17(34)
1960	1(8)	8(12)	32(48)	15(29)
1961	1(9)	7(9)	28(36)	13(29)

N.B.

Dispensaire: Consiste en la plus petite unité de l'infrastructure médicale et que l'on retrouve le plus souvent dans les régions éloignées. Il comprend une résidence et un bureau et est habité par une infirmière dont la tâche première est d'implanter un programme d'hygiène publique ainsi que de fournir tous les soins infirmiers dans les petites localités.

Nursing Station: Lorsque les circonstances exigent une augmentation des services de traitement, l'unité de base est agrandie par l'inclusion de quelques lits et l'annexion d'une ou deux infirmières, d'une aide-infirmière et d'un concierge.

Clinique: On les retrouve habituellement dans les régions où la population est plus concentrée donc plus nombreuse. Elles sont généralement rattachées aux hôpitaux opérés par le Service d'hygiène aux Indiens du MSBES. Un médecin et quelques infirmières s'occupent de procurer les soins curatifs et préventifs.

Source: Dufour, Marie-Josée. Données compilées à partir des Rapports annuels du MSBES de 1955 à 1961.

de l'Ungava étaient alors desservis par la station de Fort-Chimo où résidaient deux infirmières dont l'une visitait les postes en traîneau à chiens, l'hiver, et en bateau, l'été. Ce personnel de deux infirmières resta constant de l'année 1956 à 1962 bien que l'on jugea utile d'y faire l'ajout d'une interprète aide-infirmière et d'une aide à l'entretien en 1959.

Les infirmières de la station ont joué un rôle en médecine préventive ainsi qu'en médecine curative. En 1962, leur rôle préventif comprenait les inoculations préventives, les cliniques prénatales et des bébés, l'examen des écoliers, les visites sanitaires à domicile, le dépistage de la tuberculose, etc... En médecine curative, les infirmières traitaient les maladies ordinaires et faisaient l'obstétrique normale. Les patients gravement malades ou ayant besoin de soins plus spécialisés étaient dirigés, par air, vers des hôpitaux du Sud. L'évacuation des enfants et des parents vers les hôpitaux du Sud a bouleversé plusieurs familles. Quelques tuberculeux revinrent chez eux avec un poumon ou des os en moins et ne purent plus chasser ou piéger. Des patients furent "perdus" pendant des années à cause d'erreurs administratives (Crowe 1979:216). Vers 1959, les patients de l'Ungava sont hospitalisés principalement à Québec et Montréal, suite à la fermeture du Parc Savard à Roberval.

En plus des services offerts par les infirmières, certains postes étaient visités par des médecins spécialistes une ou deux fois l'an. Egalement, les tournées estivales du bateau médical C.D. Howe qui navigua sur les eaux de l'Arctique de l'est de 1950 à 1968 assuraient un complément important. Grâce à ce navire, l'on profitait de la saison d'été pour visiter plusieurs postes et effectuer, tout comme le faisait de façon un peu moins systématique l'Eastern Arctic Patrol, le dépistage de la tuberculose, des vaccinations, la transmission de soins médicaux et dentaires et le rapatriement ou l'évacuation des patients des ou vers les hôpitaux et les sanatorium du Sud.

Au début des années 1960, l'on était à même de mesurer l'impact des nouveaux services de santé dispensés aux Inuit du Nouveau-Québec.

Le taux de natalité avait quelque peu augmenté et se situait parmi les plus élevés au Canada, soit environ 44% (Lachance, 1979:299). C'est une estimation avec laquelle coïncident les données du taux de natalité, du taux de mortalité et de l'accroissement naturel de la population dans différentes régions du nord canadien entre 1931 et 1971.

D'autre part, on observe la réduction de moitié du taux de mortalité infantile par la mise en place, depuis 1950, d'un réseau de dispensaires et de programmes spéciaux de soins prénataux et post nataux, et aussi par l'introduction de substituts au lait maternel, entre autres, les céréales et le lait animal. Enfin, le taux de mortalité générale, exception faite des décès avant l'âge d'un an qui forment le taux de mortalité infantile, a aussi connu une réduction sensible tant par des soins médicaux plus accessibles que par les mesures gouvernementales de bien-être social, tel les paiements de transfert qui ont à peu près éliminé les périodes de famine extrêmes et permis une meilleure alimentation,

La diminution marquée du taux de mortalité des enfants et des mères, la maîtrise de la tuberculose et la régression des maladies graves et des décès dus aux bactéries pathogènes sont autant d'indices qui témoignent d'une amélioration certaine de l'état de santé des Inuit. Cependant, alors qu'ils ont centré leur action principalement sur les problèmes physiques, les services de santé au nord appparaissent moins bien préparés à traiter les troubles nés du contact accru avec le Sud et du mode de vie dans les établissements: pour s'alimenter, on achète à la Baie des produits importés du Sud, dont une forte proportion de "junk foods", c'est-à-dire liqueurs douces, chips, gâteaux, bonbons et chocolat. On adopte de nouvelles coutumes sur le modèle du Blanc, l'alimentation des nourrissons au biberon, l'usage de la cigarette, de l'alcool et de la drogue.

2. Les services de santé se québécisent.

En 1963, lorsque le Québec décida de venir au Nord reprendre en main "son" territoire et la population, il entend assumer au Nouveau-Québec les responsabilités constitutionnelles du Québec en prenant la relève du Gouvernement fédéral dans les domaines de compétence provinciale, notamment l'éducation et la santé. Nous verrons, dans cette partie, comment le Québec a assumé ses compétences en déployant une panoplie de services qui n'ont guère suscité l'attrait des Inuit.

2.1 Une reprise en main du Nord par la santé.

En venant au nord, l'objectif du Gouvernement du Québec est d'abord de se manifester physiquement sur ce territoire. Il s'assurera alors rapidement de la présence d'au moins un représentant du gouvernement provincial par poste au Nouveau-Québec et d'un dispensaire dans les postes où les services de santé et d'hygiène publique relèvent de l'administration provinciale, ce qui couvrait à ce moment tout le Nouveau-Québec à l'exception de la Baie d'Hudson. Le gouvernement fédéral étant déjà en place, cela a signifié le début de l'implantation de coûteuses et ridicules duplications de services dans de minuscules villages. L'on y retrouvait 2 écoles, 2 dispensaires et des services divers reflétant la concurrence politique entre le Gouvernement fédéral et le Gouvernement du Québec des années 60 qui s'était ainsi transportée au nord.

La rapidité d'action déployée par le Gouvernement du Québec aura pour conséquence une organisation et une implantation de services médicaux québecois sans consultation préalable auprès de la population Inuit et très peu auprès du gouvernement fédéral qui, à ce moment, possédait environ dix ans d'expérience dans la dispensation des soins de santé au Nouveau-Québec. Cet empressement a été à l'origine d'une situation qui a donné lieu à quelques "incidents déplorables" en ce qui a trait à une couverture adéquate de services médicaux pour la population inuit. Du moins, est-ce là la conclusion à laquelle nous arrivons à partir d'entrevues que

nous avons eues avec des Inuit et des fonctionnaires, tant fédéraux que provinciaux, qui ont été témoins ou même, qui ont fait partie de ce remue-ménage administratif.

Ces incidents font référence aux difficultés pratiques qu'a rencontré le nouveau personnel médical engagé par la DGNQ. Ce personnel peu préparé aux exigences du contexte nordique, était apparemment peu enclin à demander conseil aux gens déjà en place, notamment les infirmières du Gouvernement fédéral qui avaient acquis un certain "savoir faire". A cet égard la population inuit s'est sentie bousculée par cette nouvelle présence administrative et a vu d'un plutôt mauvais oeil l'éventuel remplacement, sans sa consultation, de l'administration qui lui procurait des services médicaux dont ils étaient satisfaient dans le mesure où ils se retrouvaient avec un médecin et des infirmières inexpérimentées venus succéder à un personnel expérimenté et qui, de surcroît, utilisaient la langue française dans la dispensation des soins.

2.2 Des soins de santé bien québécois pour l'Ungava.

Sans doute à cause des tensions réelles qui ont existé entre le personnel sanitaire des deux gouvernements au tout début de leur cohabitation, il fallut parvenir assez rapidement à s'entendre sur un véritable transfert d'administration des services de santé. -

C'est dans cette optique que, dès 1965, la DGNQ mit sur pied un Service de santé et sécurité sociale dont la mission consistait à organiser un service planifié, en matière de santé et de bien-être, pour le territoire du Nouveau-Québec non organisé. Ceci signifiait d'abord la construction de dispensaires provinciaux dans les villages qui n'en avaient pas encore. De plus, un plan de programmes a été dressé et accepté par les ministères des Richesses Naturelles du Gouvernement du Québec et de la Santé et Bien-être social du Gouvernement fédéral.

Il en résulte que, dès 1960, l'hygiène dentaire, la santé publique et la valeur nutritive de l'alimentation viendront se greffer aux autres objectifs du programme de services de santé du gouvernement fédéral au nord.

En somme, le Gouvernement fédéral a été le premier gouvernement à s'intéresser de façon systématique à la santé des Inuit et, ce, de façon de plus en plus intense, à partir des années 50, créant des rapports très personnalisés avec les populations inuit après avoir procédé par personnes interposées. Comme le relate Crowe (1979:217), au début, les infirmières ont été rendues responsables de la mort de certaines personnes, comme l'avaient été les missionnaires, et les hommes préféraient quelque fois être soignés par un homme non qualifié plutôt que par une infirmière. Ces faits ont été confirmés par plusieurs de nos informateurs. Dans l'ensemble, toutefois, les soins journaliers et les cours d'hygiène corporelle donnés par les infirmières ont été reçus positivement par la population et ont amené des changements, spécialement l'abaissement du taux de mortalité infantile.

Comme le soulignent Wenzel (1981) et O'Neil (1981), en collaboration avec et parfois en dépit des services gouvernementaux, la médication autochtone est encore utilisée durant ces années. De plus, dans les premiers temps des dispensaires au Nord, il y a eu des Inuit qui jouèrent un rôle très important comme auxiliaires des infirmières, guides et interprètes, souvent les trois à la fois. Mme Daisy Watt, qui a acquis son habileté à soigner par une longue expérience plutôt que par un entraînement formel et qui a été l'un de nos informateurs, a beaucoup fait en ce sens pour la santé des Inuit de l'Ungava. Ceci dit, au début des années 60, force était de constater que les pratiques autochtones, si elles se maintenaient encore dans certains secteurs (Descent 1983), elles étaient en voie d'être supplantées par celles des Blancs en matière de santé. L'apparition des services de santé sous l'égide du Gouvernement du Québec accentuera ces tendances.

La mise en oeuvre a commencé dans la région de la Baie de l'Ungava en septembre 1966 avec l'établissement d'un Centre de santé à Fort-Chimo et l'institution d'un système d'évacuation vers Québec, des patients ayant besoin de soins médicaux spécialisés.

En résumé, dans le cadre de ces ententes, la station de santé fédérale continuait la médecine préventive, le dépistage de la tuberculose et l'hospitalisation des patients. De son côté, le personnel médical de la DGNQ, qui consistait au début en un médecin et deux infirmières, devait s'occuper de la médecine curative et décider de l'évacuation des patients vers le Sud.

Les débuts de ces pratiques conjointes furent difficiles. Faute de locaux appropriés, la clinique provinciale commença à la résidence privée du médecin. Le Gouvernement provincial s'occupant du curatif, le Gouvernement fédéral du préventif, chacun dans leurs locaux respectifs et quelque peu méfiants l'un de l'autre, la situation ne fut pas sans amener des conflits. Dans ce contexte, le Gouvernement du Québec passa à l'action. Aussi, la Direction générale du Nouveau-Québec décida d'aménager, pour fins médicales, une aile du "centre" gouvernemental alors en construction. Une clinique externe ouvrit ses portes au printemps de 1967 avec une unité d'hospitalisation de onze lits. Un laboratoire et un département de radiologie ont commencé à opérer au cours de l'été 1967. Graduellement, un dépôt de médicaments et de fournitures médicales a été établi. Dans les années 1968-69, la DGNQ commença à installer des infirmières permanentes dans tous les dispensaires de la Baie de l'Ungava. Auparavant, les Inuit de ces villages étaient desservis soit par les dispensaires fédéraux, soit par des infirmières de Fort-Chimo. A la même époque les services de santé québecois s'intensifient par des tournées radiologiques systématiques pour le dépistage de la tuberculose, des tournées de médecins spécialistes et l'installation d'une clinique dentaire à Fort-Chimo.

Sous l'impact de l'accroissement de cette présence québecoise dans les services médicaux du côté de la Baie de l'Ungava, le gouvernement fé-

déral s'est retiré complètement de cette région en 1969. La stratégie québecoise a donc débouché sur une prise en charge de la santé des Inuit par le Gouvernement du Québec.

2.3 La consultation des Inuit: une question de participation!

En 1969, soit six ans après la décision du Québec d'affirmer une présence administrative au Nouveau-Québec et probablement devant la volonté de ce Gouvernement de procéder, un sous-comité technique fut mis sur pied entre le Gouvernement fédéral et le Gouvernement du Québec dans le but d'étudier les modalités du transfert à l'administration québécoise des services de santé et de bien-être social dispensés auparavant aux Inuit du Nouveau-Québec par les ministères fédéraux. Les organismes qui ont participé à cette étude étaient: a) le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, b) le ministère des Affaires Indiennes et du Nord, c) le Service de santé et de Sécurité sociale de la Direction générale du Nouveau-Québec et d) le ministère des Richesses Naturelles.

Les mandataires des gouvernements ont étudié ensemble, lors de réunions à Québec et à Ottawa, les services de santé alors dispensés au Nouveau-Québec et les services de santé projetés pour les cinq années à venir en regard des facteurs suivants: programmes, nombre de personnes touchées, personnel, édifices, équipement et coûts. Les recommandations faites par le comité d'étude devaient se réaliser à l'intérieur de la mise en application d'un plan quinquennal dont l'élément le plus important, pour le Nouveau-Québec, était la construction de stations-résidences de santé pour des postes satellites: l'on en prévoyait une à Payne Bay en 1970/71, une à Port Nouveau-Québec en 1971/72, une à Koartak en 1972/73, une à Baie aux Feuilles en 1972/73 et une à Wakeham Bay en 1973/74. Mis à part ces constructions, pour le gouvernement québecois, le transfert de l'administration des services de santé étant presque terminé du côté de la Baie de l'Ungava depuis 1969, il ne restait plus qu'à remplacer le person-

nel médical dans ces futurs dispensaires de la côte et de tenir compte de l'ensemble des recommandations du comité quant aux programmes médicaux.

Sur ce comité, l'on ne retrouvait aucune présence inuit. Pourtant l'une des recommandations, bien que générale, traitait de la place que l'on voulait accorder aux populations inuit concernées par le transfert. Dans cette recommandation, le comité fédéral-provincial suggère que la collaboration et la participation des autochtones soient recherchées dans l'application des programmes. Qui plus est, cette recommandation, pour les participants au comité d'étude, est même un pré-requis pour la réussite d'un réel transfert des services de santé. En effet, pour les membres du comité,

> "Le mot "transfert de juridiction" a causé bien de l'inquiétude dans le nord québecois et ne devrait plus se prononcer. Un transfert ne peut être brusque sans causer la panique chez les autochtones. Il faut qu'il soit graduel et, cela nécessite une collaboration locale préalable des intéressés, pendant une période de transition aussi longue qu'il faudra" (Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le bien-être social, 1967:45).

Par cette recommandation, l'on visait, en fait, à susciter la participation des Inuit, non pas dans un esprit de consultation sur l'organisation et le type de services de santé désirés mais plutôt dans le but d'implanter avec leur accord les services sanitaires dont les deux gouvernements avaient déjà convenu.

2.4 Des nouvelles maladies qui requièrent de nouveaux services.

A la suite des recommandations du comité d'étude, le Gouvernement du Québec n'hésita pas à offrir toute une gamme de programmes médicaux qui, estimait-on, répondaient aux problèmes de santé de la population inuit du Nouveau-Québec.

Dès 1970, il semble que l'on puisse constater sans craindre de se tromper que les effets combinés de l'affermissement et de l'amélioration des services de santé entre les années 1950 et 1970, aient produit des effets positifs. L'on constate une stabilisation marquée du taux de mortalité des enfants et des mères (1), une légère progression des admissions à Fort-Chimo (2) et une baisse du personnel requis (3). Par contre, à la même période, l'on est à même de voir que ces résultats positifs sont contrebalancés par une hausse effarante des maladies et des décès occasionnés par la désintégration sociale et par le bouleversement des habitudes alimentaires des Inuit. La violence et les accidents, causés le plus souvent par l'abus de boissons alcooliques et drogues, les maladies respiratoires et circulatoires, constituent à cette époque les facteurs dominants de la mortalité chez les Inuit de la baie de l'Ungava (4). Devant ces résultats, il semble bien que la transformation des moyens d'existence et le changement des habitudes alimentaires chez les Inuit aient influé profondément sur le bien-être physique et social des Inuit, ce qui a été moins perçu par le grand public car moins dramatique et moins spectaculaire.

Avec ces nouvelles maladies, l'on peut comprendre qu'une bonne partie des pathologies que l'on rencontre aujourd'hui chez les Inuit sont en partie dues à une phase d'évolution culturelle et sociale accélérée dont les facteurs ont contribué à provoquer un état de "stress indirect", c'est-à-dire un état de tension et d'anxiété, et aux effets secondaires relatifs aux conditions d'environnement sur les conditions d'hygiène de base.

Devant la constatation de l'existence d'un lien de causalité entre la détérioration du milieu de vie des Inuit et les facteurs de morbidité, les administrateurs répliquaient par l'ajout, aux services médicaux déjà

(1) Ceci s'exprime par une progression des naissances. Voir le tableau 11 à cet effet à la page 72
(2) Voir le tableau 12 à la page 73
(3) Voir le tableau 13 à la page 74
(4) Voir le tableau 14 à la page 75 et à la page 76

Tableau 11

Fréquence des soins dispensés par le personnel médical de l'hôpital de l'Ungava durant les années 1967 à 1975

	Naissances	Examens de laboratoire	Visites médicales à la clinique (urgence + clinique externe)	Visites médicales à domicile
1967-68	--	2,097	2,734	551
1968-69	--	--	4,630	201
1969-70	--	--	2,908	91
1970-71	67	--	3,394	134
1971-72	55	5,612	3,504	--
1972-73	50	1,007	4,582	--
1973-74	61	--	5,201	--
1974-75	71	--	5,377	--
1975-76	56	--	--	--

Source: Dufour, Marie-Josée. Données compilées à partir des Rapports annuels de la DGNQ des années 1966 à 1978, section "Affaires sociales".

Tableau 12

Nombre de patients inuit hospitalisés au Centre de santé de Fort-Chimo durant les années 1967 à 1975.

	Nombre d'admissions
1967-68	93
1968-69	278
1969-70	265
1970-71	253
1971-72	282
1972-73	292
1973-74	362
1974-75	302
1975-76	372

Source: Dufour, Marie-Josée. Données compilées à partir des Rapports annuels de la DGNQ des années 1966 à 1978, section "Affaires sociales".

Tableau 13

Personnel euro-canadien de l'hôpital de l'Ungava des années 1967 à 1975

	Médecin(s)	Infirmier(es)	Technicien(ne) en laboratoire	Administrateur(s)
1967-68	1	5	1	--
1968-69	1	13	1	--
1973-74	1	6	1	3
1974-75	2	7	1	4

Source: Dufour, Marie-Josée. Données compilées à partir des Rapports annuels de la DGNQ des années 1966 à 1978, section "Affaires sociales".

N.B.: Les rapports annuels des années 1969-70, 1970-71 et 1971-72 ne fournissent aucune donnée concernant le personnel.

Tableau 14

Tableau comparatif de morbidité,
Ungava et Territoires du Nord-Ouest

		Pour 6 mois 1967	Pour 1 an 1960*
Maladies de	Code	% Fort-Chimo	% T.N.O.
Appareil respiratoire	470-527	36.9	21.7
Système nerveux, organe des sens	330-398	14.9	7.3
Appareil digestif Stomatite, gingivite, etc.	530-587	10.6	20.5
Accidents, empoisonnements, traumatismes	N800-N999	7.9	11.8
Organes génito-urinaires	590-637	6.8	2.3
Peau, tissu cellulaire	690-716	6.5	8.8
Examens avec absence de maladies	Y00-Y09	4.4	6.5
Maladies infectueuses et parasitaires	001-138	3.1	2.9
Appareil circulatoire	400-468	2.7	1.1
Allergiques, endocriniennes, métabolisme	240-289	2.0	0.8
Os et organes du mouvement	720-749	1.6	1.6
Symptômes relatifs à différents organes	780-795	1.4	7.8
Troubles mentaux et de la personnalité	300-326	0.5	0.6

Tableau 14 (suite)

Tableau comparatif de morbidité,
Ungava et Territoires du Nord-Ouest

		Pour 6 mois 1967	Pour 1 an 1960*
Maladies de	Code	% Fort-Chimo	% T.N.O.
Tumeurs	140-239	0.3	0.3
Maladies de la première enfance	760-776	0.1	0.5
Malformations congénitales	750-759	0.1	0.1
Sang et organes hématopoïétiques	290-299	0.6	0.3

* Willis, Disease and Death in Canada's North, 1962, p. 7.

existants de programmes de santé de plus en plus spécialisés et globalisants.

A cette fin, le dentiste installé à Fort-Chimo depuis 1968 dessert dorénavant toute la Baie de l'Ungava. Deux fois par an, il se rend dans tous les postes de la côte pour des séjours variant de quelques jours à deux semaines afin de fournir aux populations locales les services appropriés. De plus, grâce à la collaboration du Centre hospitalier de l'Université Laval, l'on organise périodiquement des tournées annuelles au cours desquelles des spécialistes en ophtalmologie, oto-rhinolaryngologie, pédiatrie et pneumologie se rendent dans les villages dispenser des soins. L'infirmière en charge dans ces postes dispense des soins non seulement aux personnes qui font appel à ses services mais également aux écoliers et aux personnes dont l'état les retient à domicile. Une attention particulière est portée à la population enfantine, aux femmes enceintes et aux personnes âgées.

Avec la multiplication des services, il n'est pas étonnant que les statistiques du service de santé de la DGNQ fassent état selon les postes d'une moyenne quotidienne de trois à quinze personnes examinées ou soignées et d'un nombre multiple d'interventions mineures de tous ordres, les cas problèmes, quant à eux ayant provoqué une augmentation des consultations par radio du médecin de Fort-Chimo. De plus, ces statistiques révèlent que les évacuations du poste satellite vers l'hôpital de l'Ungava à Fort-Chimo ont considérablement augmenté autour des années 70 faisant du centre de santé de Fort-Chimo un carrefour puisque toute la population qui nécessitait des soins spécialisés exigeant une évacuation s'y arrêtait.

(1), Voir le tableau 15 à la page 78.

Tableau 15

Nombre de patients inuit qui ont dû être évacués du Centre de santé de Fort-Chimo vers des établissements hospitaliers plus spécialisés du Sud, pour les années 1966 à 1975.

	Nombre d'évacuations
1966-67	17
1967-68	58
1969-70	104
1970-71	159
1971-72	102
1972-73	87
1973-74	106
1974-75	100

Source: Dufour, Marie-Josée. Données conpilées à partir des Rapports annuels de la DGNQ des années 1966 à 1978, section "Affaires sociales".

N.B. On ne retrouve aucune donnée concernant les évacuations effectuées durant l'année 1968-69.

2.5 L'opinion inuit en ce qui concerne ses services de santé.

Si les recommandations visaient une amélioration des services de santé, d'autres favorisaient la participation des Inuit. Ainsi, aprèsavoir été consultés pour le transfert administratif (1), les Inuits furent invités à s'exprimer à l'intérieur des structures créées par la CBNQ en 1970 pour assurer un contact plus étroit avec la population. Puisque ces structures sont les seules par lesquelles les Inuit peuvent faire valoir leur droit de parole en ce qui concerne les services de santé dans ces années-là, il importe de jeter un regard attentif sur leur mode de fonctionnement.

A la tête de chaque centre de santé du Nouveau-Québec, l'on retrouve un bureau de direction. Celui-ci est composé de membres nommés par une corporation locale selon la procédure prévue dans la loi des hôpitaux. Au moins un représentant de chaque poste, dans ce cas-ci ceux de la Baie de l'Ungava, doit être membre de cette corporation. Ainsi retrouve t-on à l'hôpital de l'Ungava un bureau de direction dont les quatres membres ont été élus par les membres de la Corporation et qui sont des résidents de Fort-Chimo afin de faciliter la tenue des réunions du Conseil administration dont les membres sont déjà sur place.

De l'avis de plusieurs de nos informateurs, Blancs et Inuit, qui ont eu l'occasion de siéger sur ce conseil d'administration, il semble que les séances du Conseil ont rarement été un endroit où les Inuit puissent réellement s'exprimer sur les questions "discutées". Les renseignements fournis par ces mêmes personnes nous portent à attribuer cet état de fait au mode de fonctionnement même de ces séances. En effet, au cours des réunions, les discussions se déroulaient en anglais, les points discutés étaient débattus à un rythme assez rapide ce qui, plus souvent qu'autrement donnait à la consultation une allure d'information quant à des décisions déjà prises.

(1) Nous avons fait état de cette consultation dans le premier chapitre.

Dans les postes de santé, l'on chercha aussi à créer des comités de santé locaux dont la formation devait de favoriser la participation des Inuit aux services de santé dans les différents villages de la côte. Lors des réunions de ces comités de santé, auxquelles assistaient l'infirmière du village et les membres élus, on discute de l'amélioration des services de santé dans chaque village avec l'infirmière responsable. Mais, parce qu'ils sont conscients d'être quand même assez éloignés des centres de décision et qu'ils ne font, bien souvent, que prendre connaissance de changements touchant la dispensation des soins de santé du village, décidés à Fort-Chimo ou à Québec, ces comités se contentent, la plupart du temps, d'acheminer des recommandations au Conseil d'administration de l'hôpital de l'Ungava.

Ces quelques informations sur le fonctionnement du Conseil d'administration du CH de l'Ungava et des comités de santé des différents villages de la baie de l'Ungava, illustrent la place extrêmement partielle accordée par les administrateurs de l'organisation des services sanitaires du milieu des années 70 à l'opinion des Inuit sur le type de services de santé qu'ils recoivent. L'on ne doit donc pas être surpris que ces derniers expriment entre eux ou, de façon informelle, en dehors des voies officielles, les malaises qu'ils ressentent dont le principal est une sorte de sentiment de rupture de contact entre eux et l'infirmière. Cette perception de perte de contact des Inuit provient des changements de plus en plus fréquents du personnel de l'hôpital ou des avant-postes infirmiers qu'ils aimeraient, d'ailleurs, voir fonctionner avec de plus grandes heures d'ouverture. Le remplacement incessant du personnel, en particulier dans les postes infirmiers, a été souvent signalé par les Inuit interrogés comme un signe de «désaffection» des infirmières à leur endroit.

Dans cet ordre d'idées, il devient plus facile de comprendre cette réaction des Inuit si l'on se rappelle ce qu'ils ont connu au cours des années 1930, 1940 et 1950. En effet, à cette époque, les non Inuit, qu'il s'agisse des représentants de l'Eglise, du gouvernement ou de la

Compagnie de la Baie d'Hudson, s'installaient souvent dans une communauté ou une région donnée pour plusieurs années. De plus, les Inuit entretenaient des contacts étroits avec les Blancs, vu que ceux-ci étaient vraiment dépendants d'eux pour la nourriture, le transport et l'équipement. C'est du moins l'opinion de Wenzel (1978:14). Enfin, d'autres malaises sont signalés par les Inuit, notamment tout ce qui a trait à l'organisation des services de santé. La participation des communautés Inuit au système de services sanitaires apparaît mal enclenchée. L'emploi d'un personnel autochtone plus nombreux et mieux formé est recherché et la liaison Nord-Sud dans le contexte des soins médicaux est remise en question. Un tel questionnement va au coeur du problème. Il se retrouvera avec la restructuration engendrée par la Convention de la Baie James. Nous nous y arrêterons dans la section suivante.

3. Une organisation des services de santé à l'image du Sud.

Avec la Convention de la Baie James signée après les premières expériences du Gouvernement du Québec au Nord qui ont été suivies par la consultation qui a pris forme en 1970, des modifications ont été apportées à l'organisation des services de santé, notamment en ce qui a trait à un droit au chapitre plus important pour les Inuit, mais dans le cadre des contrôles et des contraintes mis de l'avant par les Blancs. Par contre, leur état de santé n'a pas connu les améliorations souhaitées, ce qui remet en partie en question la situation qui prévaut. Voyons cela de plus près.

3.1 Une administration des services de santé au visage ethnique.

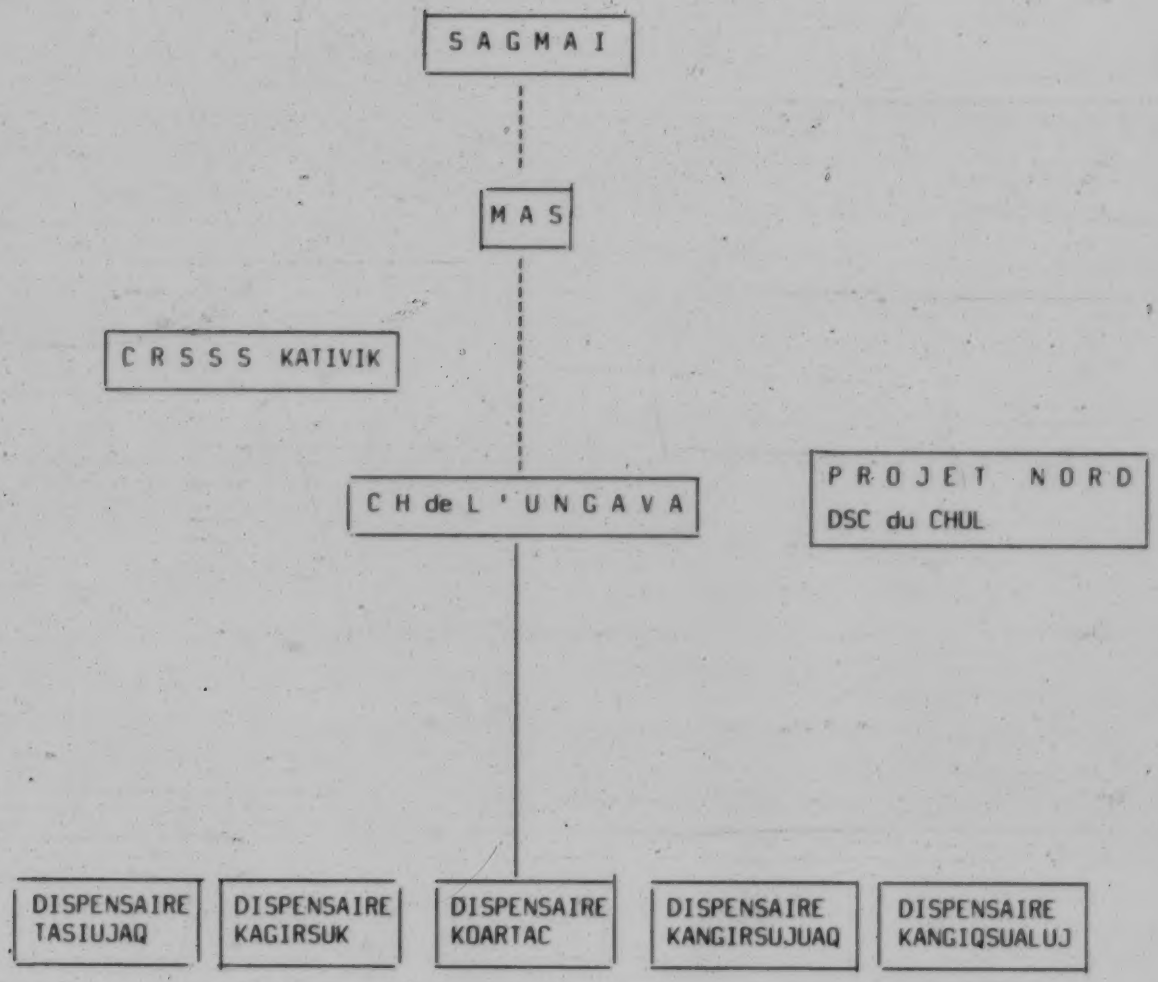
C'est suite à la Convention de la Baie James que viendra se dessiner le modèle d'organisation des services de santé de la Baie de l'Ungava tel que nous le connaissons aujourd'hui.

Lorsque l'on regarde l'organigramme de ce modèle (1), l'on constate

(1) Voir le tableau 16 à la page 82

Tableau 16

Interrelation des organismes composant la structure des services de santé pour la Baie d'Ungava



Source: J. Labbé. Analyse des activités du projet nord, p. 5.

que le système de santé a suivi une évolution le conduisant à des structures allant de plus en plus en se complexifiant et dont l'organisation "adaptée" au Nord s'apparente volontiers à celles que l'on retrouve dans plusieurs autres régions éloignées du Québec. La responsabilité sectorielle du gouvernement du Québec en matière de santé et de services sociaux est confiée à la Direction de santé communautaire du Ministère des Affaires sociales. Ainsi, même si l'intérêt de ce ministère pour les questions autochtones et le Nord québécois ne s'est pas manifesté de façon aussi immédiate que certains autres ministères impliqués dans ces questions, il fut quand même jugé opportun de créer le service du Nouveau-Québec et des communautés autochtones avec des bureaux situés à Québec et qui ne compte, dans son personnel, aucun Inuit. Le mandat de ce service est de voir à la supervision et au bon fonctionnement de l'application des différents chapitres de la Convention qui touchent les Affaires sociales.

Egalement grand coordonnateur des nouvelles structures de santé mises en place et responsable de l'allocation des budgets de ces organismes, il ne semble faire nul doute que ce service du MAS est le pivot autour duquel s'anime l'organisation des services de santé tel qu'elle existe aujourd'hui dans la Baie de l'Ungava. En effet, selon Labbé,

> "Le service du Nouveau-Québec et des communautés du MAS a les responsabilités suivantes:
> - Supervision du bon fonctionnement du CH, du CRSSS et du DSC dans le cadre de l'application de la Convention de la Baie James et du nord québecois
> - Relation avec le SAGMAI et les autres ministères
> - Relation avec le Fédéral pour les transferts de juridiction
> - Coordination interne au MAS
> - Application des différents chapitres de la Convention de la Baie James et du nord québecois en ce qui a trait aux chapitres qui touchent le ministère
> - Etudes reliées aux finances publiques de même qu'aux problèmes de développement en ressources" (Labbé, 1980 (1):20).

En ce qui concerne l'administration des services de santé et des services sociaux au Nouveau-Québec même, la Convention crée le Conseil Kativik des services de santé et des services sociaux (CRSSS-Kativik), dont les activités sont régies par la loi québecoise sur les services de santé et les services sociaux pour ce qui est de la dispensation des services de santé et des services sociaux connexes, au nord du 55° parallèle. On a alloué à ce Conseil, entre autres, les fonctions suivantes:

> "Coordonner l'administration des services de santé et des services sociaux dans leurs territoires respectifs
> - Organiser des comités locaux de santé
> - Voir à ce que les services correspondent aux besoins tel qu'exprimés par les populations
> - Assister et conseiller les établissements de santé situés sur leur territoire, dans l'élaboration des programmes de développement des services de santé et des services sociaux" (Larochelle, 1981:9).

C'est à Inukjuak que se trouvent aujourd'hui les bureaux du CRSSS Kativik. Ils ont été déménagés du côté de la Baie d'Hudson afin de faciliter la décentralisation de l'administration régionale dont l'infrastructure est principalement basée à Fort-Chimo. A cet organisme qui dispose d'un pouvoir réglementaire en matière de santé et d'hygiène publique, on a aussi donné la responsabilité de la portion inuit du territoire du Nouveau-Québec: En ce sens, le CRSSS assume un rôle similaire à celui des autres CRSSS de d'autres régions du Québec: la représentation de la population, la planification et la coordination des services et des ressources sur son territoire en matière de santé, la réception des plaintes de la population et la supervision des élections des conseils d'administration des hôpitaux.

Seul organisme du domaine de la santé entièrement aux mains des Inuit, selon la lettre de la Convention, la réalité du CRSSS Kativik semble se présenter de façon quelque peu différente. En effet, selon nos informateurs, bien que les Inuit soient majoritaires au niveau du CRSSS, en pratique, ils sont largement "secondés" par des conseillers blancs. Ceci ne surprend guè-

re si l'on considère que les Inuit se sont retrouvés, dans un laps de temps relativement court, administrateurs et gestionnaires dans une structure dont le fonctionnement les a obligé à intervenir dans le domaine de la santé selon des procédés qui leur étaient jusqu'alors étrangers et dont la compréhension se retrouve dans la culture québecoise. De toute façon, même si cette situation peut s'expliquer par la nécessité d'une première phase de consolidation et d'initiation qui conduira éventuellement les Inuit à assurer un contrôle plus efficace sur l'ensemble des services de santé, il reste que le CRSSS dispose de toute façon d'une autonomie limitée, compte-tenu du fait qu'il doit gérer des budgets sous l'oeil vigilant du MAS qui en est le distributeur et l'administrateur d'après des lois sur lesquelles les Inuit ont très peu d'influence.

3.2 Une organisation des services de santé aux structures de plus en plus complexes.

Si le CRSSS-Kativik échappe au contrôle total des Inuit, il en est de même de l'ensemble du réseau des services de santé. Avant de traiter de ce point, voyons comment se présente l'organisation des services.

C'est à Fort-Chimo que se trouve le centre hospitalier et le centre de services sociaux (CH-CSS) de l'Ungava qui, avec ses six dispensaires satellites dans chacune des communautés côtières, assure la prestation des services de santé sur le territoire de la Baie de l'Ungava. Le CSS administre les dispensaires et une coordonnatrice est chargée de superviser les activités du personnel sanitaire. Dans ce centre hospitalier, les patients nécessitant des soins médicaux non spécialisés y sont admis pour investigation et traitement. Des tournées de spécialistes en ophtalmologie, pédiatrie et gynécologie ont lieu dans tous les villages de la côte. Des cliniques de consultation pour certaines autres spécialités sont également organisées à Fort-Chimo. Lorsque des soins spécialisés sont requis, le patient est évacué vers Québec ou Montréal.

C'est sans doute dû à l'augmentation de la consommation de soins médicaux au CH de l'Ungava que l'hôpital, avec les 11 lits qui le composaient en pédiatrie (5), en obstétrique (1), en médecine (5) a paru insuffisant et inadéquat à un certain moment donné. Conséquemment, conformément à l'esprit de la Convention de la Baie James, la construction d'un nouveau centre hospitalier fut entreprise. Le nouveau CH, dont l'ouverture a accusé un certain retard, a ouvert ses portes au début 1982. Il comprend maintenant 25 lits dont 10 lits pour adultes, 5 pour enfants et 10 polyvalents. Quelques lits de soins prolongés sont aussi disponibles et permettent aux malades chroniques de recevoir dans leur milieu des services hospitaliers mieux adaptés à leur langue et à leur culture.

L'hôpital de l'Ungava est aussi responsable de l'implantation des programmes de santé communautaire dans la Baie d'Hudson, à l'exclusion des communautés de Povungnituk et de Ivujivik qui relèvent de la compétence du MAS à cause de leur position dissidente face à la Convention de la Baie James. Les dispensaires de ces 2 villages sont administrés par le CHUL de Québec. En attendant la construction d'un centre hospitalier qui jouera les mêmes rôles que celui de Fort-Chimo, une équipe du CH de l'Ungava, localisée à Poste-de-la-Baleine, s'occupe du dispensaire local ainsi que de ceux des autres villages de la Baie d'Hudson. En plus du personnel infirmier des dispensaires de la côte, un omnipraticien travaille à Poste-de-la-Baleine et un autre à Povungnituk. Ces derniers visitent régulièrement les autres villages et lorsqu'un patient nécessite des soins hospitaliers, il est évacué vers un hôpital de Montréal ou à celui de Moose Factory situé au Sud de la Baie James.

Dans chaque village, des infirmières (incluant infirmières-auxiliaire Inuit) sont chargées de dispenser les soins à la population locale sous la surveillance des médecins de Fort-Chimo. Elles remplissent les fonctions relatives au diagnostic, à la surveillance et au traitement des principaux problèmes de santé, à l'administration des soins d'urgence, à la supervision des malades chroniques et des patients en réhabilitation.

Elles travaillent également en collaboration avec le travailleur (se) social (e) et le dentiste de Fort-Chimo ainsi qu'avec les comités de santé locaux (Thibault, 1974). Selon Descent (1983), il est à noter que ce sont dans les villages que l'on peut encore observer la pratique parallèle d'une médecine inuit: parfois utilisée pour des traitements d'ordre mineur ou lorsque la médecine occidentale n'a pas donné les résultats escomptés par les Inuit, elle témoigne toutefois de la présence d'une connaissance médicale inuit qui bien que marginale, réussit à survivre en deça des institutions issues du Sud.

En raison des difficultés d'implantation d'un département de santé communautaire en milieu nordique, le MAS a prévu le rattachement d'un DSC du Sud au CH de l'Ungava en vue de l'assurer du support technique et professionnel nécessaire à l'accomplissement de sa mission. Le soutien technique accordé aux hôpitaux nordiques, lesquels ne disposent pas de ressources suffisantes pour être complètement autonomes, s'étend aux domaines suivants: accueil et hospitalisation des patients, organisation des missions de spécialistes, planification et évaluation des programmes de santé communautaire, évaluation de l'état de santé de la population incluant les études épidémiologiques et recrutement et la formation du personnel sanitaire nordique (MAS,1981:8).

Une consultation a donc eu lieu auprès des Inuit. Le choix de ces derniers s'est porté, en 1978, sur le CHUL. La section spéciale du DSC du CHUL s'est vue chargée de fournir ces différents services au Nouveau-Québec. Il s'agit du Projet nord. Le personnel de cet organisme s'acquitte de son mandat principalement en rendant accessibles aux Inuit tous les services médicaux, chirurgicaux et dentaires à Québec, en s'occupant du transport et de l'accueil des patients à Québec et en veillant à ce que leur séjour hospitalier se fasse dans les meilleures conditions possibles grâce à une équipe de 3 infirmiers (es) et de 2 interprètes recrutant le personnel sanitaire nordique et en prenant en charge la formation de ce personnel à l'embauche et en cours d'emploi (Labbé,1981(2): 65). De plus, ce personnel participe à l'analyse des besoins, à la pro-

grammation, à l'évaluation et à la coordination en collaboration avec le personnel sanitaire du CH de l'Ungava.

Ainsi l'organisation des services de santé de la Baie de l'Ungava a été confiée à un organisme dont les locaux sont situés à Québec et dont le personnel est majoritairement blanc. Dès lors l'évaluation des réalités sanitaires du Nouveau-Québec est directement entre les mains de Blancs.

3.3 Les soins de santé dans la Baie de l'Ungava: les Inuit ont droit au chapitre.

Sur la base de ces informations, force est de constater que si les Inuit sont appelés à participer, c'est davantage à l'intérieur d'organismes qui leur échappent dans la mesure où ceux-ci répondent à une logique du Sud. Ainsi, leur présence paraît-elle parfois symbolique dans un tel contexte. Qui plus est, lorsqu'ils l'assument en participant aux réunions, ils n'ont guère d'influence même s'ils ont droit au chapitre.

Les droits, privilèges, pouvoirs et obligations du CRSSS sont exercés par le Conseil de l'administration régionale Kativik qui possède aussi son comité exécutif, un chef de la Direction de services de santé et des services sociaux et divers fonctionnaires. La présence des Inuit s'exerce au niveau du Conseil. Ce Conseil réglemente et surveille l'élection des membres des conseils d'administration des établissements de santé et des services sociaux, selon la Convention de la Baie James (Chap. 15, art. 15. 04-.05). En effet, chaque établissement doit être administré par un Conseil composé de membres dont le titre leur est attribué lors de leur élection ou nomination. Par exemple, le centre hospitalier de l'Ungava est rattaché à un Conseil d'administration composé de 7 personnes élues par les communautés Inuit de l'Ungava. Ce Conseil se compose de 3 représentants choisis parmi les membres du personnel non-clinique de l'hôpital, du directeur du Département de santé communautaire du CHUL, du directeur des

services de santé et des services sociaux de l'administration régionale et du directeur général des installations principales du secteur. Egalement, l'on retrouve un représentant des quatre municipalités du secteur.

Ces derniers ont une présence sporadique aux séances du Conseil car la route est souvent bien longue pour se rendre à Fort-Chimo. Sur cette base, l'on peut penser que les Inuit contrôlent effectivement le Conseil d'administration. Cela ne semble pas tout à fait le cas. Puisque nous n'avons pu être autorisée à consulter les procès-verbaux du Conseil, afin de vérifier ou de relativiser ce fait, il nous apparaît de bon aloi de rapporter les observations de quelques Inuit et Blancs qui eux, à divers titres, ont pu siéger comme représentants au Conseil durant les dernières années.

De façon générale, il semble se dégager un accord pour constater une nette amélioration par rapport à la situation qui prévalait du temps de la DGNQ. Toutefois, il n'est pas rare que les Inuit soient encore amenés à voter des résolutions qui ne leur ont pas été bien expliquées. A ce sujet, malgré leur désir de contrôler un peu plus ce qui se passe, les gestionnaires font circuler des documents de travail en français à propos desquels on demande de prendre des décisions assez rapidement. De plus, lorsque les Inuit acheminent à ce Conseil les plaintes concernant les services de santé dispensés, il n'est pas rare que celles-ci soient imputées à l'incompréhension de la population du système sanitaire et sont fréquemment remises à plus tard, ce qui ne peut être que source de conflit.

Au niveau des comités de santé, la situation se présente de façon moins sclérosée. Ces comités ont été créés dans le but de faire participer la population à l'administration des services de santé dans chaque village. Bien qu'ils servent, eux aussi, d'intermédiaire entre les infirmières et la population lorsqu'il y a des plaintes à formuler, soit par la population, soit par le personnel sanitaire, l'on y note une plus grande communication entre les Inuit et le personnel. Aussi, ne doit-on

pas se surprendre que le CRSSS, responsable de ces comités depuis 1980, investisse beaucoup d'espoir dans ces structures locales, convaincu qu'elles sont le fer de lance d'une véritable prise en charge par la population de ces services de santé (CRSS-Kativik, 1980:3-4).

3.4 L'amélioration mitigée de l'état de santé des Inuit.

Avec cette panoplie de structures, la présence des Inuit et des services qui mettent l'accent sur la santé communautaire pour améliorer l'état de santé des Inuit du Nouveau-Québec, l'on devrait s'attendre à des résultats positifs.

Toutefois, malgré un personnel sanitaire de plus en plus nombreux dans la Baie de l'Ungava (1) et des investissements croissants du côté des programmes sanitaires (2) au cours des trente dernières années, le seul indice qui semble s'être réellement amélioré est la mortalité infantile dont la diminution est grandement responsable de l'augmentation rapide de la population. Ce taux demeure néanmoins élevé. En effet, il est de 58.2% comparativement à 15%. Comme l'indiquent Duval et Thérien,

> "il s'agit d'une amélioration importante, par rapport aux taux de 136,5% estimé par Normandeau (1976) pour la période de 1965-70 lequel était déjà inférieur à celui des années précédentes" (Duval et Thérien, 1982: 46).

Cette baisse reconnue comme un bon indice de l'état de développement d'une population, est quelque peu assombrie par l'état de la morbidité des Inuit du Nouveau-Québec qui n'indique que très peu d'amélioration pour la

(1) En 1980, pour une population de 1,900 Inuit, on pouvait compter 1 dentiste, 2 techniciennes en laboratoire, une archiviste, 7 infirmières auxiliaires, 23 infirmières et 3 omnipraticiens. cf J. Labbé, La Santé des Inuit du Nouveau-Québec, DSC du CHUL, Projet nord, p. 28.

(2) Au Nouveau-Québec, le budget de la santé est très élevé et le coût per capita est plus que le double de celui du reste de la province.

même période de temps. Si l'on se fie aux chiffres que nous fournit uniquement la morbidité hospitalière, le taux d'hospitalisation des Inuit de Fort-Chimo en 1978 était supérieur de 33% à celui du Québec pour l'année 1975 (1). Chose certaine, la consommation de soins augmente de façon plus rapide que la population. En effet, presque tous les indices d'utilisation des soins de santé par les Inuit sont à la hausse (2). Sur la base de ces informations, l'on peut penser que les effets de la modernité et des changements culturels ont provoqué une hausse de l'utilisation des services. D'ailleurs, les maladies découlant de la modernité semblent encore très importantes (3) et manifestent peu de variation par rapport à la dernière décennie. Cette relation entre les changements socio-économiques et l'état de santé des Inuit s'est également manifestée dans l'indice des causes de mortalité (4). Selon Duval et Thérien.

> " Parmi les causes de décès, deux viennent en tête de liste et devancent de loin tous les autres: il s'agit des maladies de l'appareil circulatoire et des accidents qui rendent compte de 40% de tous les décès survenus durant la période 1974-1979. Comme on pouvait s'y attendre, les décès accidentels se retrouvent surtout chez les jeunes, tandis que les décès imputables aux maladies circulatoires sont plutôt concentrés chez les personnes âgées" (Duval et Thérien, 1982:44).

Ainsi, les Inuit continuent d'être affectés grandement par les modifications culturelles générées du Sud.

En effet, depuis les 30 dernières années, des changements considérables se sont opérés dans l'environnement des Inuit du Nouveau-Québec.

(1) L. Normandin et M. Boudreault. L'utilisation des services de santé dispensés par le CH de l'Ungava à la population inuit résidant à Fort-Chimo, 1976, p.4.
(2) Voir les tableaux 17 et 18 aux pages 92,93
(3) Voir le tableau 19 à la page 94
(4) Voir le tableau 20 à la page 95

Tableau 17

Principaux indices d'utilisation des services de santé: Population inuit de Fort-Chimo 1978, Québec 1975, Canada 1975[1]

	Fort-Chimo 1978	Québec 1975	Canada 1975
1. Taux de consultation par 1000 habitants	4330	3597	3475
2. Taux d'hospitalisation par 1000 habitants	176.5	132.6	165.8
3. Jours d'hospitalisation par 1000 habitants	754.4	2030	1940
4. Séjour moyen	4.27	13.5	11.3
5. Nombre annuel moyen de consultations par habitant	4.33	3.59	3.48
6. Proportion de la population admise à l'hôpital généralement pendant l'année	18%	13.3	16.5

1. Indicateurs du domaine de la santé: septembre 1979, Santé et Bien Etre Social Canada.

Source: L. Normandin et M. Boudreault, L'utilisation des services de santé dispensés par le CH, de l'Ungava à la population inuit résidant à Fort-Chimo, 1980.

Tableau 18

Consommation de soins médicaux au CH de l'Ungava pour les années 1973 et 1979.

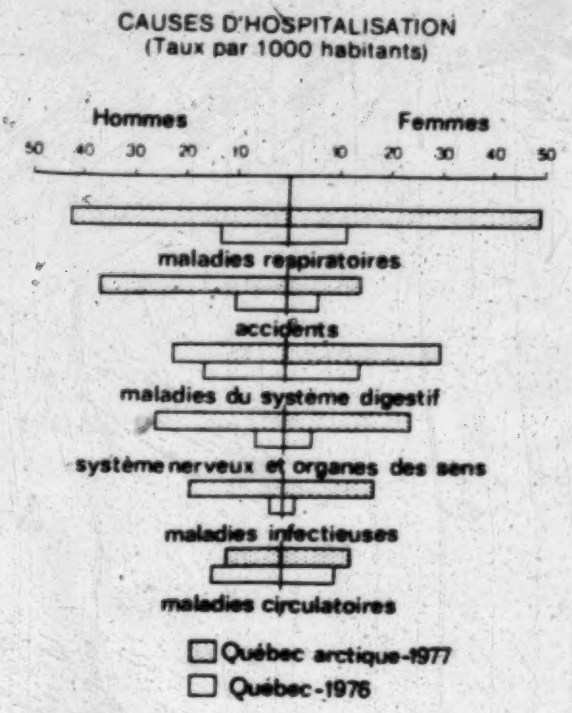
	1973	1979	% d'augmentation
Population inuit de la Baie d'Ungava	1,500	2,167	32,7
Nombre d'hospitalisations	292	490	67,8
Nombre de consultations	4,582	7,948	73,4
Nombre d'évacuations vers les grands centres	106	258	243,3

Source: J. Labbé. "La santé au Nouveau-Québec Inuit: réflexions sur les problèmes de santé et le système mis en place pour les régler" dans Etudes Inuit Studies, vol. 5, no. 2, 1981, p. 72.

N.B.: Ce n'est qu'en novembre 1983 que le Projet Nord du CHUL a été mandaté par le MAS pour commencer le regroupement des données concernant la fréquentation des services médicaux par les Inuit du Nouveau-Québec pour les années 1980-1983. Elles ne sont donc pas encore disponibles.

Tableau 19

Taux d'hospitalisation 1977 par sexe pour six des plus importantes causes (environ 65% des hospitalisations pour accidents et maladies).



Source: B. Duval et F. Thérien. "Natalité, mortalité et morbidité chez les Inuit du Québec arctique" dans Recherches amérindiennes au Québec, vol. XII, no 1, 1982, p. 47.

Tableau 20

Données sur les causes de mortalité chez les Inuit de tous les villages de la Baie de l'Ungava (1974-1978) et de quatre villages de la Baie d'Hudson (1974 à 1979),

Répartition des causes de décès

	Inuit du Québec arctique 1974-79 (n = 169)	Québec 1975
Maladies circulatoires	20.7%	46,1%
Accidents	19.5%	10,2%
Maladies respiratoires	16.6%	5,7%
Maladies périnatales	11.2%	1,2%
Tumeurs	10.7%	21,3%
Maladies du système nerveux et des organes des sens	6,5%	1,1%
Maladies infectieuses et parasitaires	5,9%	0,6%
Autres causes	8,9%	13,4%

Source: B. Duval et F. Thérien "Natalité, mortalité et morbidité chez les Inuit du Québec arctique" dans Recherches amérindiennes au Québec, vol. XII, no 1, 1982, p. 43.

Ces changements ont eu des répercussions importantes dans le domaine de la santé.

Si l'on regarde seulement les habitations, l'on constate que la plupart des maisons inuit ont 3 à 4 pièces où s'entassent en moyenne 8 à 9 personnes. Elles sont mal isolées de telle sorte que le chauffage doit être élevé par temps froid, amenant une sécheresse importante de l'air ambiant. Elles n'ont ni eau courante, ni système d'égoût. Le contrôle de l'eau potable et des déchets est déficient dans la majorité des villages. Tout ceci contribue de façon certaine à la fréquence élevée des infections respiratoires, cutanées et gastro-intestinales et à leur propagation rapide dans le groupe familial. Du moins est-ce là l'opinion de Labbé (1980 (1):25). Dans d'autres domaines, l'usage quotidien pendant des heures de moto-neiges, l'hiver, de motocyclettes, l'été, en plus de l'usage de fusils à haute performance, entraînent des lésions irréversibles du nerf auditif et causent de la surdité et des accidents. L'usage très répandu de la cigarette contribue aux maladies pulmonaires, chroniques et au cancer du poumon. Quant à la carie dentaire, elle touche probablement 100% des enfants inuit. Elle s'installe souvent dès la percée des premières dents et sa sévérité est telle que beaucoup d'enfants d'âge scolaire sont déjà édentés. Les problèmes d'abus d'alcool et de drogues sont fréquents dans la plupart des villages et sont souvent à l'origine de drames familiaux, de violence et d'accidents. Enfin, le climat nordique demeure encore, lui aussi, une source de problèmes. Selon Labbé (1980 (1)), le froid a été impliqué dans l'étiologie des troubles pulmonaires chroniques si fréquents chez les adultes inuit, comme l'emphysème et la bronchite chronique en plus de causer des engelures, de l'hypothermie et de favoriser les infections des voies respiratoires supérieures.

Devant ces résultats inquiétants, les responsables de l'organisation des services de santé, dont le personnel du Projet nord du CHUL et du MAS ont sonné l'alarme quant à l'urgence d'un programme efficace de médecine

axée sur la prévention et les services communautaires, rejoignant en cela l'orientation privilégiée par les Inuit sur le Conseil du CRSSS-Kativik.

3.5 La santé communautaire, une nécessité.

Confrontée à des populations et à un environnement mal connus, la médecine a d'abord considéré les problèmes de santé dans la perspective de soins curatifs. Sans doute cette médecine est-elle nécessaire et se poursuivra-t-elle dans l'avenir. Mais son usage a aussi fait comprendre aux intervenants comme aux populations qu'elle n'était plus suffisante compte-tenu des rapports étroits qui s'établissent souvent entre les problèmes de santé et leur émergence dans un contexte culturel et un environnement spécifique. Du moins, est-ce la conclusion de Larochelle (1981 chap. 4:23-25) pour ce qui a trait aux territoires du Nouveau-Québec. Aussi, a t-il mis de l'avant d'interroger l'ensemble du contexte socio-culturel et des conditions matérielles d'existence avant même d'entreprendre des actions correctives.

Cette idée a fait son chemin. Un procès verbal de 1980 du comité de coordination, cet organisme qui regroupe périodiquement des représentants de tous les organismes faisant partie de l'organisation des services de santé dans la Baie de l'Ungava afin de discuter des problèmes communs et des grandes orientations, mentionne que tous semblent maintenant admettre que les principaux problèmes de santé du nord sont étroitement liés au milieu social. Mais, entre accepter administrativement une approche globale de la santé qui établit le lien entre la pauvreté et les phénomènes sociaux causant la destruction des traditions et créant de nouveaux problèmes sociaux, et qui préconise une attaque simultanée sur tous les fronts contre la maladie, il existe tout un monde. Ainsi, peut-on noter la mise en oeuvre de toute une liste de programmes sanitaires à caractère préventif (1) préparée en 1979 par le directeur de la san-

(1) Voir le tableau 21 à la page 98.

Tableau 21

Liste des différents programmes de santé communautaire devant être éventuellement implantés dans tous les villages de la Baie d'Ungava.

1. Maladies infectieuses
   a) vaccination des enfants
   b) tuberculose
   c) maladies infectieuses devant être rapportées
   d) vaccination des voyageurs
   e) prophylaxie du tétanos
2. Visites dans les écoles
3. Cliniques pré-natales
4. Cliniques de nouveau-nés
5. Dépistage des maladies à caractère héréditaire
6. Surveillance des personnes âgées
7. Hygiène publique
8. Inspection de l'eau potable
9. Inspection du degré de mercure
10. Planification familiale
11. Surveillance des produits alimentaires
12. Groupes sanguins

Source : Dufour, Rose Rapport de la tournée effectuée dans la région de la Baie de l'Ungava, 1979.

té communautaire à Fort-Chimo qui demeure encore partiellement implantée dans le CH de l'Ungava et dans tous les dispensaires qu'il dessert.

Une tournée effectuée par un membre du personnel du Projet nord dans tous les postes de la côte de l'Ungava (1) a permis de constater l'implantation dans tous les villages des programmes ayant trait aux maladies infectieuses et aux cliniques pré-natales et post-natales. Bien qu'ils soient suivis, ces programmes restent cependant incomplets. D'autres programmes leur sont complémentaires tels les visites dans les écoles, la surveillance de la qûalité de la nourriture et la détermination des groupes sanguins. Ils ne sont pas encore effectifs. De plus, l'inspection de l'eau potable n'est pas faite conformément à la procédure réglementaire. Aussi, le problème de l'hygiène publique varie d'un village à l'autre, dépendant d'une variété de facteurs dont le plus fréquent est l'état de l'équipement.

En résumé, si les programmes de santé communautaire ont pris du volume, il reste beaucoup à accomplir tant du point de vue de leur contenu que de leur application, que ce soit pour remedier aux difficultés reliées aux équipements défectueux ou à un personnel trop timidement convaincu de la nécessité d'une implantation réelle de ces programmes.

3.6 Le personnel sanitaire s'autochtonise.

Réaliser un tel programme ne peut guère se faire sans la participation de la population concernée. L'un des moyens pour y parvenir est certes de favoriser l'embauche d'un personnel autochtone. Les initiateurs et responsables du programme communautaire ont fait de cette participation une condition de la réussite de ce dernier. Nous nous y arrêterons.

(1) R. Dufour, Rapport de la tournée effectuée dans la région de la Baie de l'Ungava, en 1979, p.24.

Tout le personnel sanitaire de la Baie de l'Ungava, en dehors des infirmières-auxiliaires inuit, est constitué d'étrangers, pour la plupart des québécois francophones. Ce personnel ne reste pas longtemps au nord: un an, deux ans au maximum, sauf exception, ce qui nuit à la continuité des soins donnés. Par exemple, selon Dufour (1979:12), en 1976, dans les postes satellites de l'Ungava, sur huit infirmières, six avaient été remplacées à 2 reprises en six mois. De plus, bien que théoriquement bilingues, plusieurs ne contrôlent pas parfaitement l'anglais, ce qui crée des problèmes de communication entre le personnel allochtone et les Inuit dont la langue seconde est l'anglais. Dans de telles conditions, ce personnel allochtone ne peut pas être sensibilisé à l'importance des habitudes de vie et de l'environnement dans les problèmes de santé des Inuit. Qui plus est, ce personnel sanitaire ne saurait avoir une communication effective avec la population s'il veut espérer changer des habitudes de vie, ce qui cause des inconvénients majeurs à la mise sur pied des programmes.

C'est pour pallier à ce type de problème qu'une attention particulière fut accordée, dans les dernières années, par divers intervenants à la formation du personnel autochtone. Conformément à l'esprit de la Convention de la Baie James, l'objectif visé consiste à accélérer le processus de prise en charge graduelle par les autochtones de leurs services sociaux et de santé, tant sur le plan clinique qu'administratif. C'est dans cet esprit que naquit en 1977 le cours de formation d'infirmières-auxiliaires inuit dont les objectifs et le contenu de cours visaient à former un personnel pouvant répondre aux exigences du nord tout en agissant en conformité avec celles du MEQ et de la Corporation professionnelle des infirmières-auxiliaires du Québec (CPIAQ). Des matières ont donc été ajoutées afin de satisfaire aux exigences du contexte nordique. Ce sont:

la terminologie médicale en Inuktitut
l'histoire de cas
l'examen physique

les notions en radiologie
les soins d'urgence plus élaborés que le programme du M.E.Q.
les notions en santé communautaire (Dufour, 1979:14)

Pendant toute la durée de ces cours, soit du 14 mars 1977 au 30 juin 1978, l'optique santé communautaire fut toujours présente afin de mettre en relief l'éducation sanitaire.

Dès 1979, il fut possible de constater que ces cours ont eu un succès relatif. Le fonctionnement en français à l'hôpital et dans les postes, particulièrement au niveau des dossiers (radiologie, laboratoire et de l'hôpital) empêchait non seulement les infirmières-auxiliaires inuit d'être intégrées réellement dans la distribution des soins, mais constituerait une source permanente de difficulté pour le futur personnel inuit. De plus, une analyse du travail effectué par 10 des 14 infirmières-auxiliaires qui ont été formées met à l'évidence le fait qu'elles ne mettent pas en pratique ce qu'elles ont appris. En effet, le peu de délégation de tâches accordées par les infirmières aux aides-infirmières ainsi que l'utilisation de ces dernières, plus souvent qu'autrement, comme interprètes, porte à croire, selon Dufour (1979:18), qu'il faudra encore quelque temps et beaucoup de travail avant que les Inuit puissent s'intégrer au personnel sanitaire sans occuper un statut de subalterne, ce que plusieurs font en travaillant à l'entretien, au chauffage, etc...

En somme, avec la Convention de la Baie James, les soins de santé ont connu une hausse importante auprès des Inuit sans que ceux-ci se portent véritablement mieux, ce qui, à première vue est paradoxal. Ca l'est d'autant plus que les Inuit ont été appelés à participer aux décisions concernant ces services. Aussi, doit-on lire dans ces résultats davantage l'inadéquation de l'appareil de services mis en place pour répondre aux besoins des Inuit et les effets de l'imposition de pratiques médicales qui ne sont guère adaptées au milieu. En cela, cette phase du développement des services de santé, si elle a permis d'accentuer l'importance de ceux-ci n'a pas contribué au mieux-être des Inuit. Tout au plus, a t-elle favorisé leur implication, les rendant du coup plus dépendants.

CONCLUSION

L'évolution des soins médicaux dans la baie de l'Ungava démontre qu'à chaque phase significative de la pénétration étatique au Nouveau-Québec, les services de santé ont fait l'objet d'une sollicitude particulière de la part des gouvernements, conscients qu'ils étaient de leur utilité pour s'assurer une présence physique sur le territoire nordique.

Cette présence des Blancs sur ce territoire a eu pour effet que les Inuit, surtout depuis 1950, ont connu des transformations radicales dans leur mode de vie, leurs habitudes alimentaires et leur lutte contre les maladies infectieuses. Le tableau général de leur état de santé s'en est trouvé profondément modifié: si l'on peut constater un net progrès de l'état de santé des Inuit quant aux maladies aiguës et chroniques grâce à l'affermissement et à l'amélioration des services de santé, l'on doit malheureusement constater qu'au cours des dernières années, ces résultats positifs ont été contrebalancés par la hausse effarante des maladies et des décès occasionnés par la désintégration culturelle et sociale et par le bouleversement des habitudes alimentaires.

Cette incapacité du système sanitaire mis en place au Nouveau-Québec à réduire l'ampleur des problèmes de santé par exemple dans la baie de l'Ungava, porte à questionner une telle organisation des services de santé qui préconise une approche médicale sudiste des problèmes de santé des Inuit, essentiellement orientée vers le curatif et confiée à des spécialistes. Ne s'attaquant pas aux véritables causes des problèmes, cette approche «spécialisante» semble favoriser la consommation croissante des soins médicaux par les Inuit: la responsabilité de la santé n'appartenant plus aux individus mais aux spécialistes de la santé, les Inuit devenant graduellement des consultants au moindre malaise.

Dans un tel cas, l'on est rapidement amené à avancer l'idée que ces services ont maintenu les Inuit dans un état de dépendance à l'égard de la médecine blanche, ce que d'ailleurs ne modifie guère l'insertion de ceux-ci dans les structures administratives. Dès lors, l'on

peut se demander si cette dépendance n'est pas recherchée pour assurer une emprise des Blancs sur le territoire. C'est ce que nous allons chercher à cerner dans le prochain chapitre en tentant de découvrir ce qui a motivé l'implantation de ces services de santé.

CHAPITRE 3

L'évolution des soins de santé au Nouveau-Québec apparaît directement liée à la logique du système politique et économique des gouvernements canadiens et québecois. En effet, cette évolution fait ressortir que l'intérêt de ces gouvernements ne semble pas avoir été basé uniquement sur les besoins des Inuit en matière de santé. Ont plutôt prédominé les champs de compétence respectifs de ces deux gouvernements et les pratiques médicales qu'ils valorisent. C'est en ce sens que l'on doit comprendre que dans leurs manifestations diverses sur le territoire, des préoccupations de contrôle du milieu par l'intermédiaire de la santé ont davantage pris le dessus sur l'adéquation des soins de santé. Aussi, nous sommes-nous interrogée sur cet état de fait en cherchant à approfondir les véritables motivations à la base de la pénétration étatique au nord. Ce chapitre rend compte des résultats de notre démarche.

Dans cette ordre d'idées, nous avons procédé à l'analyse des motivations de ces deux gouvernements à l'aide des documents officiels. Nous y avons découvert que la distribution des soins de santé aux Inuit a servi, tout compte fait, à justifier la présence de l'Etat. D'ailleurs, si cette distribution s'est constamment accentuée, l'objectif fut principalement d'affirmer une présence physique dans cette région et d'intégrer, via les soins de santé entre autres, les populations qui y habitent à la "communauté" canadienne et québecoise.

Vue sous cet angle, la mise en place de l'organisation des soins de santé dans la Baie de l'Ungava a peu à voir avec les prétendues préoccupations humanitaires, encore moins avec une écoute attentive des demandes

des Inuit. Il s'agit en fait de retombées locales articulées à des politiques de développement et de bien-être conçues pour le Sud qui s'intégrent dans une perspective de gains territoriaux. C'est d'ailleurs dans cette optique qu'il faut saisir l'intérêt actuellement développé à l'égard d'une plus grande prégnance des autochtones sur ces services.

Deux parties composent ce chapitre. Dans la première, nous analysons les motifs à la base de l'intervention du Gouvernement canadien. Nous montrerons comment les services de santé ont été un véhicule de l'intégration des Inuit à la vie canadienne. Dans la seconde, c'est l'administration québecoise au Nouveau-Québec et la multiplicité des services offerts qui sont analysés. Nous y faisons ressortir comment ces services ont été justifiés.

1. Des politiques pour le "Grand nord canadien".

Au sein du Gouvernement canadien, l'intérêt pour le Grand nord canadien s'est développé progressivement. Ainsi, après une période de "laisser-faire" administratif avant la Seconde Guerre mondiale, tout s'est par la suite passé comme si le nord était devenu une zone prioritaire à intégrer à l'intérieur du territoire canadien, les services étant alors un outil pour y arriver. C'est ce qui ressort, à tout le moins, des principales phases de l'implantation du Gouvernement canadien au Nord.

1.1 D'une politique de "laisser-faire" à la reconnaissance d'un territoire.

L'intérêt du Gouvernement canadien pour le Nord s'est accru après la Seconde Guerre mondiale. Auparavant, jusqu'au début du 20^{e} siècle, celui-ci ne posa guère son regard sur l'Arctique et préféra laisser les événements qui s'y déroulaient suivre leur cours sans entrave. C'est en ce sens qu'explorateurs, baleiniers, commerçants et missionnaires s'impliquèrent avec les Inuit bien avant que le gouvernement du pays ne reconnaisse

leur existence et quelque responsabilité que ce soit quant à leur bien-être. Ottawa voyait alors l'Arctique comme une terre lointaine et sans grande valeur.

Pour Jenness (1968:24), la principale raison qui amena le Gouvernement canadien à s'intéresser davantage aux problèmes du nord, fut le besoin pour le Canada de démontrer que ces immenses territoires nordiques lui appartenaient. Il va même plus loin lorsqu'il affirme que cet intérêt n'avait alors rien à voir avec un quelconque souci pour le bien-être des autochtones. C'est qu'en 1900 les Américains contestaient au Canada le droit de gouverner le Yukon et les nombreuses îles de l'Arctique. Egalement, les explorateurs norvégiens et les fonctionnaires danois du Groënland contestaient les prétentions canadiennes, exprimés en 1880, sur la possession des îles Reine Elisabeth.

C'est ainsi que, dès le début du siècle, des expéditions tant scientifiques que politiques furent organisées dans les territoires nordiques. Rappelons, selon Hamelin (1980:164), celles de A.P. Low, du capitaine E. Bernier et de la "Canadian Arctic Expedition" en 1913-1918 avec R.M. Anderson et V. Stefanson. A la même époque, soit en 1912, les T.N.O. ont été géographiquement diminués par l'agrandissement du Québec, de l'Ontario et du Manitoba et astreints à des lois précises. Pour montrer son droit de propriété et sa souveraineté, le Gouvernement du Canada installa alors des postes de police dans diverses parties du Nord et inaugura ses patrouilles annuelles, par bateau, dans l'Arctique de l'Est.

Ces premiers contacts gouvernementaux avec le Nord ne sont pas des signes d'une politique suivie et fructueuse. Tout au plus, ils montrent un certain intérêt fédéral pour le Nord. Divers évènements viendront, par la suite, sensibiliser davantage ce gouvernement au territoire nordique. Entre autres, la découverte des richesses minières. L'or du Yukon, puis le pétrole de Norman Wells et, plus tard, le radium de la partie orientale du Grand Lac de l'Ours amenèrent une ruée de

prospecteurs et d'étrangers dans le Nord (Crowe, 1979:188). Ces gens avaient besoin d'être gouvernés, taxés et protégés en accord avec les lois du Canada méridional. Une autre raison de l'intervention canadienne fut le souci du bien-être des autochtones qui, comme nous l'avons souligné dans le premier chapitre, a quelque peu été forcé par le Jugement de 1936.

Sans détailler outre mesure l'action directe ou indirecte de l'Etat canadien durant la période entre la première guerre mondiale jusqu'aux années 1950, l'on peut affirmer que, d'un point de vue administratif, elle fut plutôt tranquille, exception faite de l'imposition de l'ordre canadien. En effet, le rôle du gouvernement s'est alors limité au maintien de la justice et de l'ordre civil, à la défense du territoire contre de possibles ennemis et à la prise en charge de certaines activités que l'entreprise privée ne pouvait ou ne devait assumer. Pour ce faire, ce Gouvernement n'a pas senti le besoin de préparer des administrateurs à s'engager efficacement dans les affaires nordiques, ce qui reflète assez bien une politique de "laisser-faire" concernant l'administration du territoire nordique dont l'explication découle sans doute de l'absence de préoccupations politiques et économiques bien développées.

Jenness (1968) illustre abondamment, sur plusieurs aspects, l'absence d'objectifs administratifs de la part du Gouvernement canadien pour le Nord:

> "The tasks that needed to be done, the education and training of the Eskimos and the care of their health, the government abandonned to the missionaries, dependent on volontary contributions and lacking both the funds and the staff to carry out those tasks efficiently".
>
> "So the Arctic stagnated. And the fault lay in Ottawa, where the government, though overly jealous of its sovereignty in the region, could not decide what it should do with it or with the Eskimos who inhabited it. Its

> northern administration drifted with out a goal, and the police it stationed throughout the north could do no more than try to maintain the status quo" (Jenness, 1968, 25).

Cette politique du "developmental laisser-faire", les administrateurs et politiciens du Gouvernement fédéral l'ont principalement justifiée par trois raisons: permettre aux Indigènes de demeurer à l'état naturel, se conformer au fait que le Canada a de plus grandes priorités que le nord (guerre et crise) et respecter le système du "competitive markets" sous l'égide des entreprises privées (Rea, 1968:315).

Autour des années 50, un réveil administratif s'est produit, Trois facteurs ont joué en ce sens: 1) la prise de conscience par l'opinion publique de l'importance de l'emplacement du territoire nordique dans la stratégie de défense du Canada durant la deuxième Guerre, 2) l'évaluation et l'intérêt économique canadien pour le sol nordique et ses ressources dans le but d'en faire une marchandise potentielle ou une réserve de matières premières pour le grand capital multinational et quelques entreprises de la Couronne et 3) l'économie canadienne à l'ère du Welfare State était favorable à une pénétration massive de services fournis aux populations locales, jugées dans le besoin. Du moins est-ce là l'opinion de Simard (1979 et 1981).

Dans ce contexte, une nouvelle politique fédérale concernant le Nord vit le jour et put se distinguer de celle du "laisser-faire", exception faite du désir du Gouvernement fédéral de laisser l'économie privée prendre l'initiative du développement des ressources naturelles. Apparaît une volonté du Gouvernement canadien de commencer à assumer directement la prise en charge du bien-être des populations nordiques et une bonne partie de l'infrastructure dans le domaine des transports et communications.

Une telle participation directe de la principale autorité publique dans ces domaines de la vie économique au Nord peut se comprendre comme étant une manifestation particulière du rôle nouveau et plus actif assumé par le gouvernement fédéral dans les affaires sociales et économiques canadiennes à l'époque où le Gouvernement devait faire face aux suites de la Dépression et de la guerre. Quoiqu'il en soit, pour le Nord, ceci eut des répercussions même si les motifs n'étaient pas directement liés au développement de cette région.

1.2 Une canadianisation homogène pour le Nord.

L'engagement tardif du Gouvernement canadien au Nord aura deux corollaires importants: une profonde inexpérience administrative de même qu'une absence de corpus d'objectifs proprement ajustés au Nord. Pour Rea (1968) et Hamelin (1980) qui ont analysé les modalités de l'intervention du Gouvernement fédéral auprès des populations inuit du Canada, ce sont ces deux aspects qui ont caractérisé l'implication nordique du Canada qui, en 1953, systématisa sa présence politique sur les trois quarts de son propre territoire et créa le ministère des Affaires du Nord. Le motif était l'établissement d'objectifs nationaux canadiens au Nord et l'annonce d'une nouvelle politique visant à intégrer les Esquimaux à la vie canadienne et à leur offrir les avantages dont les autres citoyens jouissaient déjà (MAIN,1980:8). En effet, selon Rea, ce ministère devait:

> "1. To provide for a higher standard of living quality of life and equality of opportunity for northern residents by methods which are compatible with their own preferences and aspirations.
> 2. To maintain and enhance the northern environment with due consideration to economic and social development.
> 3. To encourage viable economic development within regions of the northern territories so as to realize their potential contribution of the national economy and the material wellbeing of Canadians.
> 4. To realize the potential contribution of the northern territories to the social and cultural development of Canada.
> 5. To further the evolution of government in the northern territories.

6. To maintain Canadian sovereignty and security in the north.
7. To develop fully the leisure and recreation opportunities in northern territories". (Rea, 1968 : 154-155)

De ces déclarations d'intention, somme toute assez générales, on peut quand même tirer quelques lignes directrices qui trouveront leur résonnance dans des réalisations administratives fédérales au Nord. Avant tout, il y a le principe de "canadianisation homogène" si bien décrit par Hamelin (1980) qui correspond à une politique établie à la grandeur du Canada en vue de refléter la culture de la majorité des Canadiens. Selon cette optique pan-canadienne, un statut différentiel, qu'il soit québecois, esquimau ou indien, serait peu souhaitable, son existence ne correspondant pas à l'intérêt de la "nation" prise comme un tout. Dans le Nord, ce principe touche davantage le plan culturel et économique. Il consiste à vouloir faire du Nord du Canada une région semblable aux autres. L'approche officielle est donc de considérer le Nord tout simplement comme canadien et d'y encourager le développement économique le plus rapide possible afin d'assurer aux immigrés comme aux nordistes déjà en place les avantages, les responsabilités et le potentiel intellectuel dont profitent déjà les Canadiens du Sud et ce, pour éviter que de larges différences se développent entre le Nord et le Sud du Canada.

Selon Hamelin (1980:169), sous-jacente à cette approche, il y a aussi l'affirmation de la préséance de la fédéralité, en référence à la structure constitutionnelle du Canada, qui exprime la primauté du point de vue fédéral dans les affaires nordiques du Canada. Comme nous l'avons vu dans les précédents chapitres, cette attitude a trouvé son expression, par exemple, dans la résistance ou la réticence fédérale à abandonner certains champs de compétence au Gouvernement québécois, lors du transfert de l'administration du Nouveau-Québec d'un gouvernement à l'autre, au début des années soixante.

De plus, sur le plan économique, puisque les affaires du Nord doivent être en accord avec celles qui ont cours dans le reste du pays, cette déclaration fait du Nord une espèce d'hinterland-réserve pour les grandes affaires qui, elles, se jouent sur les marchés national, continental et même mondial. Un extrait de texte ministériel traitant du développement économique du Nord, relevé par Hamelin, illustre bien cette position.

> " The government's job here is to provide an atmosphere in which private enterprise can function efficiently and economically" (Hamelin, 1980:171).

D'ailleurs, de ce respect pour l'économie privée, découlera une domination de l'objectif économique sur le point de vue humain. C'est en ce sens que le document PROPONORD avance l'idée que, même au début des années 60, le Gouvernement fédéral, qui est demeuré le principal agent de décision en ce qui concerne le développement des régions nordiques, n'a pas encore résolu la contradiction fondamentale devant laquelle il se trouve placé, soit:

> " celle de devoir prendre en charge le bien-être des populations nordiques et une bonne partie de l'infrastructure dans le domaine des transports et communications, tout en laissant l'économie privée prendre l'initiative du développement des ressources naturelles". (PROPONORD, 1976:30).

Dans les années cinquante, l'intervention de l'Etat au Nord, s'est faite de façon concomittante à l'affaiblissement des conditions sociales et économiques des Inuit. Dans ce contexte, l'Etat canadien a proposé d'améliorer les conditions objectives de vie matérielle des Inuit en offrant une formule de compensation pour combler le déficit des ressources raréfiées et plus difficilement accessibles dans le voisinage des villages. C'était une façon pour les autorités canadiennes de considérer les populations du Nouveau-Québec comme des citoyens à part entière à qui seraient offert des services s'approchant en qualité et en quantité de ceux

offerts aux autres citoyens habitant les régions plus méridionales.

Ainsi, en 1953, J. Lesage, premier titulaire du ministère des Affaires du nord, développa un programme en trois points principaux pour le nord: 1) la santé, 2) l'éducation et 3) l'économie. A cette époque, le Gouvernement canadien était engagé davantage dans les aventures économiques nordiques. Aussi, la nordicité devient une responsabilité publique, le gouvernement devenant même le principal employeur selon Rea. En effet,

> "... the role of the state in relation to the "domestic" economy of the north has changed, the turning point coming in the 1940's when the traditional laisser-faire policy toward the domestic economy of the north was abruptly replaced by a degree of involvement than within little more than a decade made "goverment" the most important local industry of the area". (Rea, 1968:77).

Pour bien comprendre le changement dans la forme de l'intervention du Fédéral au Nord, il faut replacer l'économie canadienne dans son contexte des années 50. Cette dernière était passée à un système principalement de production de services, qui se mesurait par l'accroissement du secteur tertiaire par rapport aux secteurs primaire et secondaire. Ceci signifiait qu'une proportion importante de la capacité de production du pays était consacrée à la production de services médicaux, à l'éducation et aux prestations d'assistance sociale.

Dès lors, l'implantation massive des services chez les Inuit aura comme but de rencontrer les politiques de développement et de protection du Fédéral au Nouveau-Québec. Ces politiques en apparence parallèles sont complémentaires comme le laisse entendre Salisbury:

> " The aim of turning native peoples into white canadians meant that what was needed to be known was, how to do this effectively economically and as painlessly as possible; studies of processes

> of acculturation, of traditional life styles, of problems of using a southern technology in housing, education and medicine in the north, etc... were what were needed". (Salisbury, 1975:1)

Dans ce contexte, toute la stratégie de répondre aux besoins des Inuit consistait surtout à trouver des moyens pour faire en sorte qu'ils bénéficient des services déjà offerts aux Blancs. Si l'on tenait compte de leurs attentes, il fallait qu'elles trouvent une contrepartie dans les services offerts.

1.3 Les services de santé, véhicule de l'intégration des Inuit à la vie canadienne.

Tout comme d'autres services, les services de santé se sont alors développées, dans les années 50, à partir de politiques dont la perspective était à la fois de développement et de protection. A cet égard, le développement graduel et croissant de l'infrastructure, du personnel et des budgets affectés aux services médicaux des Inuit, durant cette période, témoigne du fait que le Nord a été sans contredit l'objet d'une sollicitude particulière de la part du gouvernement fédéral.

Le déploiement d'autant de services se justifiait par le discours idéologique propre au Welfare State dont l'idée de base était l'égalisation des chances pour les plus démunis, en l'occurence les Inuit. Ceci avait pour corollaire que les Inuit avaient les mêmes droits que tout citoyen canadien et qu'ils n'occupaient pas de statut particulier en accord avec la politique de canadianisation homogène. C'est dans cette optique qu'une politique nationale en regard des services de santé a pu être établie.

> "They are essentially a device for extending the assistance of the Federal Government to certain underpriviliged and relatively indigent citizens of Canada who have recourse to no other ressource to meet their needs for medical care and protection of their health and the only obligation laid on the Government to provide any such services is the moral obligation laid on any responsible Government to see that the needs of all citizens all adequately supplied insofar as may be practicable" (Rapport du MSBES, 1961: 4-5).

A la lumière de ce texte, on est à même de constater que le principe suivant lequel le Service d'hygiène aux Indiens et du Nord a toujours opéré repose principalement sur des bases humanitaires et morales plutôt que légales: il serait inadmissible de laisser ces populations isolées privées de services essentiels sachant que leur économie est inapte à pourvoir adéquatement à leurs besoins primaires.

> "The Indian and northern Health Services have always operated on the principle that it is degrading to human self respect to deprive any individual of the privilege of catering for his own needs insofar as his means permit but also on the principle that it is morally wrong to permit anyone to suffer needlessly because of inadequate means or difficult circumstances. (Rapport du MSBES, 1961:4).

Ainsi, refusant de s'interroger sur le pourquoi d'une telle situation économique, l'on préfère par cette approche utiliser un discours basé sur l'égalité des chances, très populaire à l'époque et encore aujourd'hui, pour faire des Inuit des citoyens à part entière.

> "It is the intention of the Government to help these people reach full, social, economic and educational equality with their white neighbours and to assist them, if they choose, to become full partners in the Canadian community". (Rapport du MSBES, 1955:1).

Ce déploiement de services a permis l'amélioration manifeste de l'état de santé des Inuit comme nous l'avons noté. Toutefois, l'administration des services de santé semble refléter des tares majeures. Des programmes de santé mis sur pied sont conçus exclusivement par des Blancs et peu d'efforts sont dépensés pour s'assurer d'une coordination administrative réelle avec les autres départements dont la collaboration aurait rendu plus efficaces ces programmes au Nord. Jenness a bien résumé cette idée.

> "... why Canada has grievously fumbled in her Arctic. She has never faced its problems squarely, never set forth any clear statement of her aims in that region or coordinated her numerous programs to ensure their working in harmony... Although they have spent millions of dollars since the Second World War on Eskimo education and health, they have failed to draft any over-all plans. Lacking such plans, their agencies have operated blindely and independently, setting their sights on limited objectives and frequently working at cross purposes" (Jenness, 1968:27).

Dans ce contexte, même si l'on peut penser que c'est inconsciemment que les traits du Sud ont servi de barême pour le Nord, il reste cependant que la nordicité mitigée ajoutée à la profusion des administrations parallèles et aux modèles inadaptés de développement des programmes a contribué à former une administration des services médicaux à l'image du principe de canadianisation homogène mis de l'avant par le Gouvernement fédéral. En ce sens, l'on contribua à accentuer le processus d'acculturation des Inuit. Cette acculturation s'est traduite, en plus de l'impact des services, par des évacuations qui font qu'en 1956, 1 Inuit sur 7 séjourne dans un hôpital du Sud (Crowe, 1979:216). Toujours dans l'idée d'une intégration rapide des Inuit au reste de la communauté canadienne, on s'est assuré une plus grande fréquentation des services médicaux, ce qui, au dire de l'un de nos informateurs, dans l'esprit des administrateurs, signifiait aussi une plus grande conscientisation des gens vis à vis leur santé.

Enfin, on procéda à l'engagement de personnel Inuit de façon croissante mais relative si on compare leur nombre à celui du personnel Blanc et à l'ensemble de la population Inuit (1). De façon tardive et assez marginale, on a parlé également, en 1960, de former un comité de santé à Fort-Chimo, comprenant des membres influents dans la communauté en vue d'accentuer l'utilisation des services sanitaires.

En d'autres termes, les politiques de santé du Gouvernement fédéral ne se sont pas toujours inscrites dans une problématique d'ensemble. Au début, si elles sont fragmentaires, la présence et l'intérêt du Gouvernement canadien pour le Nord demeurent aussi partiellement développés. Dès le moment où ce gouvernement s'est intéressé plus au Nord, il y déploie aussi tous ses services obligeant en quelque sorte les Inuit à bénéficier des effets du Welfare State, ce qui se traduit, dans la réalité, par une plus grande intégration des Inuit aux programmes canadiens réalisés pour des motifs supposément humanitaires.

2. L'administration québécoise du Nouveau-Québec.

Lorsque le Gouvernement du Québec décide de s'intéresser au Nord, déjà le terrain est occupé. Aussi, quelque soit son intérêt immédiat au futur, doit-il chercher à s'affirmer par rapport au Gouvernement canadien, revendiquant un territoire sur la base de juridictions respectives. Derrière cette approche et l'accent mis sur les services de santé, entre autres, la situation des Inuit n'a qu'une importance secondaire tout comme ce fut le cas pour le Gouvernement fédéral. L'objectif est le même: intégrer ces derniers à la "communauté" québécoise. Voyons cela de plus près.

2.1 Le Nouveau-Québec devient arène politique.

Vers les années 60, le Québec est devenu actif sur les territoires nordiques relevant de sa juridiction. Ces années ont été marquées par

(1) Voir le tableau 22 à la page 117

Tableau 22

Personnel autochtone (amérindien et inuit) affecté aux services médicaux au Canada entre 1952 et 1959 par rapport au total du personnel médical à l'emploi du MSBES lorsque ces données sont disponibles.

	Ensemble du personnel	Personnel autochtone
1952	1,150	295
1953	1,505	167
1954	1,600	193
1955	1,722	197
1956	-----	204
1957	-----	241
1958	-----	250
1959	-----	330

Source: Dufour, Marie-Josée. Données compilées à partir des Rapports annuels du MSBES des années 1952 à 1959.

Personnel inuit affecté aux services médicaux au Canada entre 1955 et 1959 par rapport au nombre d'Inuit recensés pour les mêmes années.

	Personnel inuit	Population inuit
1955	4	9,500
1956	8	9,500
1957	9	9,493
1958	10	11,330
1959	10	11,670

Source: Dufour, Marie-Josée. Données compilées à partir des Rapports annuels du MSBES des années 1955 à 1959.

trois types d'évènements significatifs. D'abord, il y eut l'arrivée au pouvoir d'une équipe de renouvellement au nombre de laquelle se trouvaient Jean Lesage, ancien ministre du nord au Fédéral, Georges Emile Lapalme qui, depuis 1950, talonnait l'Union Nationale sur les conditions peu profitables de l'exploitation de l'Ungava et René Lévesque qui deviendra le premier homme public a évoquer le développement d'une politique nordique proprement québecoise. Deuxièment, un évènement administratif bien concret s'est passé en 1960, soit le remplacement de la Gendarmerie Royale du Canada par la Sûreté Provinciale du Québec. En troisième lieu, la décision du gouvernement provincial d'épauler le Centre d'études nordiques de l'Université Laval (Hamelin, 1980: 254-255).

Dès les premiers moments des années 60, il était clair que le Gouvernement du Québec allait s'engager à dépasser la seule présence scientifique. En effet, dès 1963, l'objectif fondamental était d'assumer les responsabilités constitutionnelles du Québec pour le territoire du Nouveau-Québec en prenant la relève du gouvernement fédéral dans les domaines de compétence québecoise et ce, afin de restreindre l'influence de ce dernier auprès des Inuit. Du moins, est-ce la conclusion à laquelle nous invite un document émanant du Ministère des Richesses naturelles.

> " Les possibilités d'action et l'influence du gouvernement canadien auprès des populations autochtones du Nouveau-Québec dans les domaines relevant de la compétence constitutionnelle du gouvernement québecois, se restreindront, dans la mesure où Québec mettra rapidement sur pied l'appareil étatique qui lui permettra de remplir auprès des populations blanches nouvellement arrivées sur le territoire (les exploitants des grandes ressources) les obligations directes qu'il détient envers ses citoyens et d'occuper les champs de compétence que la constitution lui à laissés en propre; car c'est à l'histoire (1939- opinion de la Cour Suprême) qu'il faut nous reporter pour expliquer "légalement" l'actuelle présence gênante d'Ottawa auprès des indigènes du Nouveau-Québec dans des secteurs où il n'intervient pas au Sud". (Ministère des Richesses Naturelles, 1973:10).

Du point de vue de l'intérêt suscité, en opposition à une longue période de sous-administration au Nouveau-Québec, il suffira de quelques années pour que se succède le développement rapide de deux organisations administratives, l'une en provenance du Gouvernement fédéral qui s'amplifie et l'autre du Québec qui s'installe. Il s'ensuivit, durant les années 1960 à 1970 un temps de cohabitation difficile entre ces deux gouvernements, chacun d'eux tentant d'élargir ou de consolider sa souveraineté au Nouveau-Québec.

En effet, les relations qui se sont établies depuis 1963 entre Québec et Ottawa, au sujet du Nouveau-Québec, ont été marquées tantôt par un désir de s'approprier la terre, tantôt par une lutte de pouvoir pour établir leur domination étatique au Nouveau-Québec. Cette dimension des relations fédérales-provinciales, à la fois dans ses aspects politiques et culturels, trouve son illustration dans la double armature institutionnelle qui s'est installée au Nouveau-Québec au milieu des années 60 et explique les négociations difficiles qui devaient y mettre fin.

De fait, le Gouvernement a du attendre le règlement de la Convention de la Baie James pour accéder à une réelle prise de possession du Nouveau-Québec qui lui donnera la possibilité de procéder à moyen et long terme de réaliser trois opérations majeures: a) l'éviction du Gouvernement fédéral du Nouveau-Québec dans les champs de compétence provinciale, b) la mise en valeur de territoires sur lesquels les autochtones ne possèdent plus que des droits limités en matière de développement et c) l'intégration des autochtones dans l'ensemble québécois qui a pour effet d'éliminer toutes revendications de droits politiques spécifiques de la part des Indigènes. Du moins est-ce là l'opinion de Rouland (1978:168) que nous partageons.

Durant ces négociations multiples et aussi après celles-ci, le Gouvernement du Québec a dévoilé progressivement ses intentions à l'égard

des Inuit. Nous nous pencherons sur cet aspect.

2.2 La mise en place des appareils québécois et la place des Inuit.

En 1963, R. Lévesque crée la Direction générale du Nouveau-Québec (DGNQ), une structure administrative propre à l'aider dans la réalisation des ses objectifs. Les tâches suivantes lui étaient assignées:

> "a) assurer une présence québecoise convenable (occupations) sur un territoire québecois (souveraineté ou intégrité territoriale)
> b) placer à la portée des habitants du Nouveau-Québec (coordination) des services de même nature que ceux déjà assurés aux autres citoyens du Québec (efficacité) et encourager leur survivance culturelle et linguistique
> c) établir les conditions et le calendrier (négociation) du retrait d'Ottawa des champs d'activité constitutionnellement réservés aux "provinces" (exclusivement)" (DGNQ, 1972:16)

Nous sommes à même de constater que le territoire du Nouveau-Québec, au début de l'intervention du Gouvernement du Québec, ne semble pas bénéficier d'un plan de développement aux objectifs bien articulés. Peut-être doit-on penser comme Rea (1968:233) que ce sont des considérations techniques et politiques qui tendent à décourager les gouvernements à mettre de l'avant des objectifs de développement avec quelque degré de précision. Dès lors, plutôt que d'affronter des choix difficiles, il est plus souvent facile pour les autorités politiques de simplement s'en tenir à l'énumération d'objectifs, ce qui leur permet de ne pas avoir à quantifier ou à spécifier leurs cibles.

La mise en application de ces objectifs généraux donna lieu à des flottements et de la timidité dans les politiques officielles québecoises. De plus, le Québec semble avoir repété une faiblesse du Gouvernement canadien dans la gestion nordique. Il n'a pas confié à une seule agence toutes ses activités nordiques. En effet, la DGNQ n'a reçu qu'une responsabilité par-

tielle, certains ministères n'ayant pas été invités à abandonner leurs responsabilités ou privilèges ou ayant refusé de le faire au bénéfice de la nouvelle Direction. Ainsi, pour s'occuper du Nord québecois en 1963, l'on retrouve principalement le ministère des Richesses naturelles, celui des Terres et Fôrets, celui du Tourisme, celui de la Justice et, plus tard, ceux des Affaires sociales et de l'Education.

L'absence d'unité dans l'approche québécoise, même existé à l'intérieur du ministère auquel la DGNQ était rattachée. Les tenants de deux politiques opposées pour le Nouveau-Québec s'y opposaient. Le premier groupe voulait mettre l'accent sur le développement minier pour intégrer les Inuit à la civilisation du Sud, le second envisageait de mettre les "petites ressources" (pêche, chasse, tourisme, artisanat) au service exclusif des Amérindiens. Ces deux orientations ne purent trouver un équilibre fructueux du temps de la DGNQ. Il faudra attendre la signature de la Convention de la Baie James pour trouver la formule appropriée. Les lignes politiques de l'Entente concernant la protection des intérêts inuit seront dès lors faciles à tracer; elles convergent vers un seul objectif: assurer la protection de la société inuit dans la mesure que le permet l'exploitation des richesses de son territoire.

A cet effet, l'Entente balise un certain nombre de garde-fous juridiques favorables au Gouvernement du Québec. Le premier est fort clair: procéder à l'extinction des droits aborigènes dont la survie est considérée comme incompatible avec le développement. Le second consiste en la préoccupation en faveur de la sauvegarde de l'identité culturelle des Inuit doublée d'une volonté d'intégration des Inuit à la société québécoise ce qui contient apparemment un certain paradoxe dans la mesure où l'intégration ne peut qu'atténuer l'identité culturelle. En d'autres termes, la première approche eut gain de cause. Le Gouvernement du Québec s'intéressera aux Inuit si le développement des ressources le permet.

2.3 La multiplicité des services au Nouveau-Québec, gage de la souveraineté territoriale québécoise.

Le Gouvernement canadien s'étant assagi, les Inuit ayant été consultés, au début des années 1970, le gouvernement québecois se trouva libre d'exercer sa souveraineté au Nouveau-Québec comme il l'entendait dans la majorité des secteurs relevant de sa compétence. Dès lors, on est à même de constater que toute l'activité gouvernementale québécoise a véhiculé des motivations (territoriale, économique, sociale et humaine) similaires à celles qui avaient animé l'administration fédérale quelque temps auparavant.

Son rôle d'Etat mieux balisé, le gouvernement québécois a alors identifié ses obligations par rapport au territoire du Nouveau-Québec, qu'il considère comme son «nord» (Ministère des Richesses Naturelles, 1973). Ces obligations du Québec peuvent se résumer par les grandes coordonnées suivantes: a) l'occupation du territoire et l'exploitation rationnelle des ressources dans tous les domaines des activités industrielles, économiques et autres, b) la prise en charge des services publics relevant constitutionnellement de la juridiction du Québec et c) l'association des habitants du Nouveau-Québec à toute la communauté québécoise.

Dans cette perspective, la priorité du gouvernement sera alors de poursuivre son installation physique préliminaire dans tous les villages du Nouveau-Québec et de mettre en place au sein de chacune des communautés une administration stable exprimant sa nette juridiction tant sur le territoire qu'auprès des populations. La raison est fort simple. Le Gouvernement du Québec ne peut pas compter sur l'immigration

> " pour " s'attacher" indéfectiblement le territoire du Nouveau-Québec, mais sur l'importance de ses corps expéditionnaires d'administration, d'inventaire, de recherche et de mise en valeur et, surtout, sur l'attrait que son action économique et sociale pourrait exercer sur le peuplement autochtone stable". (Ministère des Richesses naturelles, 1973:64).

Pour y arriver, l'on procédera à la mise en place croissante d'une infrastructure et d'un personnel médical québécois comme un élément d'un projet plus global du gouvernement visant à augmenter substantiellement les services au Nouveau-Québec. L'on ne se cache pas pour le dire. Un document du Ministère des Richesses naturelles en témoigne. L'on y dit:

> " Il y a donc là des hommes à servir dans des domaines où Québec détient une compétence constitutionnelle exclusive et où, de ce fait, l'administration fédérale ne peut rivaliser en connaissances et en efficacité. Si l'on songe qu'en outre, Québec a intérêt à se rapprocher des populations amérindiennes et à se les attacher pour asseoir solidement et définitivement sa souveraineté territoriale, il n'y a pas lieu d'envisager autre chose qu'une intensification de l'action servicielle et économique à l'endroit du peuplement humain du Nouveau-Québec". (Ministère des Richesses naturelles, 1973:64).

Dans ce document, par action servicielle, l'on entend l'instauration et l'entretien d'un régime de services publics accessibles à tous les citoyens du Québec, y compris les Inuit, dans les domaines de l'administration, de l'éducation, de la santé, de l'assistance sociale, des transports et des autres formes de communication. Aux dires de plusieurs fonctionnaires de la DGNQ, c'est sous ces aspects que les services présentaient les meilleures et les plus nombreuses occasions, pour l'administration, d'entrer en contact avec les populations inuit et de faire sentir sa puissance et sa compétence, toutes choses dont le Québec avait intérêt à user pour présenter une image intéressante auprès des Inuit et assurer son emprise territoriale.

Derrière cette approche, il y a des motivations économiques aucunement étrangères à l'investissement dans de tels services. En effet, pour ce ministère, ce n'est que

> " Dans cette optique que les devoirs sont adou-

> cis par des avantages, car il est loisible de croire à la possibilité que les investissements à consentir pour l'accomplissement des premiers deviennent des placements immédiats ou à terme pour la collectivité québecoise, à condition de voir loin et grand et de dépoussiérer sa mentalité". (Ministère des Richesses naturelles, 1973:65).

Pouvons-nous être plus explicite sur les motivations profondes du Gouvernement du Québec à l'égard de la distribution de services aux Inuit?

2.4 Des services de santé rentables.

Comme nous l'avons mentionné auparavant, c'est le Service de santé et des services sociaux de la DGNQ qui voyait à assurer à la population du Nouveau-Québec les soins de santé en tenant compte des particularités et des besoins des individus à desservir.

En effectuant la prise en charge graduelle des services administratifs à caractère québécois, la DGNQ aspirait, entre autres, à pouvoir fournir aux Inuit des services de santé et d'aide sociale comparables à ceux reçus par la population du Sud, ce qui aurait pour effet, par la même occasion, espérait-on, d'amorcer l'intégration des Inuit à la vie québécoise. Un document de la DGNQ est clair sur ce point.

> " Les autochtones du Nord du Québec sont des habitants du Québec et il va de soi de les associer à la vie sociale, économique et politique et culturelle du reste du Québec. Depuis 1963, le Québec a vraiment engagé un ensemble d'actions ayant pour but de les y amener. Sur le plan social, l'introduction et la mise en place de services d'aide financière, d'hygiène, de santé et d'éducation attestent de la démarche québecoise envers cette population". (DGNQ, 1976:15-16).

Pour les administrateurs québécois, l'intention d'arriver un jour à intégrer les Inuit à la communauté québécoise avait des fins économiques précises. Comme l'indiquent ces extraits de politique nordique québécoise, l'on peut penser que ce n'était pas uniquement pour des raisons humanitaires qu'on le faisait. En effet, pour ces derniers,

> " Les Eskimos, biologiquement et psychologiquement, sont, avec les Indiens, les personnes les mieux adaptées aux conditions climatiques et géographiques du Nouveau-Québec et le seront encore davantage, au fur et à mesure que leurs conditions hygiéniques seront améliorées. Ils constituent donc le groupe idéal sur lequel devraient s'appuyer les réalisations techniques et économiques capables de mettre en profit d'une façon valable et durable les richesses matérielles que renferme le Nouveau-Québec". (Gourdeau, 1963 (1):3).

Dans la même ligne de pensée, l'on soulignait que:

> " Nous avons oublié et nous oublions encore que ces populations, si elles ont réussi à survivre c'est à même les richesses naturelles de ces régions qu'elles l'ont fait. Nous oublions que ces populations peuvent servir comme instrument intelligent de développement de nos richesses et notre optique fausse malheureusement les soins mêmes que nous prodiguons à ces populations". (Gourdeau, 1963 (2) : 2).

Il y avait donc des objectifs économiques précis derrière le déploiement des services de santé. Dès lors, il est plus facile de comprendre pourquoi, au début des années 1970, la santé était l'activité la plus importante et la mieux articulée de l'administration québécoise au Nouveau-Québec. Il fallait façonner la main d'oeuvre.

De plus, toujours fidèle à son projet de démontrer sa souveraineté

territoriale au Nouveau-Québec, l'Etat québécois ne ménagea pas les efforts pour pourvoir le Nouveau-Québec d'une panoplie de services dont on avait pris soin de calculer les retombées économiques et sociales à moyen et long terme. C'est donc sans surprise, que l'on peut retrouver, durant les années 70, l'organisation des services de santé de la Baie de l'Ungava enrichie de nouveaux programmes dont la conception étrangère à la culture inuit rencontrait cependant les attentes de leurs initiateurs, c'est-à-dire de pouvoir se comparer à ceux du Sud.

Ainsi, plutôt que d'innover en développant un système tenant compte des coutumes locales et axé sur la participation des autochtones, le gouvernement québécois préférera "adapter" au Nord le modèle de services de santé en usage au Sud. Si "l'adaptation" de programmes de santé utilisés au Sud et préparés par un personnel blanc à plus de 1,200 kilomètres de distance, risquait fort de ne pas correspondre aux besoins locaux, elle assurait au moins une fréquentation croissante des services sanitaires par les Inuit. A cet égard, l'objectif était atteint. Par contre, l'on y retrouverait une approche médicale des problèmes de santé des Inuit orientée vers le curatif au détriment de la prévention. Du coup, la santé reposait entre les mains de spécialistes que l'on consultait lorsque ça n'allait pas. Ce système, même s'il répondait aux besoins sanitaires des gens ne s'attaquait par pour autant aux véritables causes. Il créait seulement une dépendance accrue d'une clientèle de plus en plus croissante et décourageait toute participation locale.

Pour les administrateurs québecois, cette demande croissante pour les soins de santé s'explique par le fait que la population en réclame davantage, que les effectifs des villages s'accroissent par suite d'un taux élevé de naissances et qu'enfin on retrouve un plus grand nombre de personnes âgées dans chacun des villages. Du moins est-ce là la conclusion du rapport 1973-74 de la DGNQ. Ainsi, plutôt que de voir dans la mise en place massive d'un ensemble de services et de programmes médicaux étrangers à

la culture inuit, le facteur générateur d'un climat de dépendance, on s'explique l'acceptation des services par une accoutumance à échanger avec les responsables gouvernementaux sur place et à entretenir des relations suivies dans plusieurs domaines. Normandin et Boudreault expliquent cet état de fait un peu de la même façon même s'ils constatent qu'il y a une offre très grande.

> " Au plan de l'utilisation des services de santé, la population inuit de la Baie de l'Ungava utilise significativement plus les services de santé que la population blanche du Québec et du Canada. Il est probable que cette utilisation plus intensive des services soit explicable autant par la grande quantité des ressources sanitaires mises à la disposition de cette population que par une prévalence et / ou bien une incidence plus grande des problèmes de santé".
> (Normandin et Boudreault, 1980:7).

Ainsi, si les Inuit réclament davantage de services, c'est qu'ils sont plus à leur disposition. De cette façon, il y a des chances d'améliorer leurs conditions physiques et de les rendre aptes à fournir l'effort recherché pour des fins économiques à long terme. La rentabilité était donc postulée.

2.5 L'intérêt pour un personnel plus autochtone.

Dans cette ligne de pensée, rien n'incitait à un refus d'embauche du personnel inuit. Au contraire, la participation constante et croissante des Inuit à l'administration québécoise signifiait également qu'à l'égard des individus, le gouvernement allait manifester un intérêt pour l'embauche d'Inuit dans tous les secteurs où ces derniers pouvaient, aux yeux du Gouvernement, remplir des tâches de façon compétente. Dans le domaine de la santé, ceci signifiait que l'on consentait à combler les postes d'aide-infirmières, d'interprètes et de journaliers préposés aux services d'entretien et de maintenance sur place. Le résultat fut qu'en 1973-74, les Inuit

constituaient environ 30% du personnel médical au CH de l'Ungava.

L'intérêt pour une telle politique d'embauche, même restreinte, résidait dans un souci d'assurer la continuité des soins, d'améliorer le climat de travail et la qualité de vie dans la localité. Cet effort ne changea cependant pas la décision qui avait été prise à l'effet que les postes importants de l'administration sur le territoire et les tâches spécialisées devaient être assujettis à un recrutement du Sud étant donné la carence des ressources du milieu. L'on justifie ce point de vue sous des préjugés ethniques des plus simplistes. En effet, pour la DGNQ,

> " La main d'oeuvre nordique est, par la force des choses changeante, d'une vie de travail très courte, fortement affecté par une rotation, capable de relever des défis comme de tout laisser tomber, sans racine, dans une ambiguïté administrative".
> (DGNQ, 1976:33).

Dès 1976, le gouvernement québécois avait découvert les avantages d'inclure un personnel autochtone dans l'administration de ses services, à la fois pour une intégration plus rapide des populations nordiques au reste du Québec et pour une meilleure rationnalisation et efficacité des services qu'il dispense au Nord. Dans la Convention de la Baie James, cette approche s'est concrétisée par l'octroi de pouvoirs administratifs locaux et régionaux importants aux Inuit. Ces pouvoirs, au premier abord énormes, ne font place, en fait, à l'initiative et à la décision des Inuit que dans les matières strictement locales. Ceci s'explique par le fait que de telles structures administratives supposeraient un personnel compétent pour les gérer et des ressources financières appropriées. Or ces deux conditions, aux yeux du Gouvernement du Québec, ne sont pas remplies. Elles sont donc condamnées à demeurer au stade des déclarations d'intention.

En 1982, ces conditions ne semblent toujours pas encore avoir été remplies dans l'organisation des services de santé de la Baie de l'Ungava puisqu'à tous les échelons administratifs, la participation réelle des autochtones est minime. En effet, le service du Nouveau-Québec et des communautés autochtones du MAS ne comprend aucun Inuit. Il n'y en a aucun aussi dans l'équipe du CHUL pour le moment même si l'on prévoit, pour bientôt l'ajout de deux interprètes pour le Service d'accueil. Au CH de l'Ungava même si les Inuit contrôlent le Conseil d'administration, un seul Inuk est impliqué en pratique dans l'administration quotidienne des services de santé. Quant au comité de coordination qui regroupe des représentants de tous les organismes mentionnés, il semble, selon Labbé (1980 (1) 33-34), que la participation des Inuit à ce jour n'y a été que symbolique. Quant au niveau de la distribution des soins, tout le personnel sanitaire, en dehors des infirmières-auxiliaires Inuit, est constitué de Blancs, la plupart des Québécois francophones.

Il n'y a qu'au niveau du CRSSS Kativik où les Inuit sont majoritaires, mais l'organisme, comme nous l'avons signalé, est en pratique dirigé par ses conseillers Blancs. Comment peut-il en être autrement? Les Inuit sont perçus comme ne disposant pas du degré de formation nécessaire pour assurer le fonctionnement de structures qui, de fait, leur sont étrangères. De plus, les partisans de l'Entente croient même que le moyen de remédier à ces inconvénients consiste pour les Inuit à engager des Blancs qui assumeront les tâches techniques, les Inuit n'intervenant qu'au niveau de la décision. Dans un tel cas, comment penser que l'on puisse vraiment contrôler efficacement une machine tout en ignorant l'agencement et en confiant à d'autres le soin de la faire fonctionner. Egalement, comment croire qu'une administration dont les services sont en partie payés par une autorité extérieure est vraiment libre de ses décisions.

En ce sens, les commentaires de Rea sur la décentralisation et l'implication autochtone peuvent être appliqués au Gouvernement du Québec. Il s'agit de politiques utopistes qui servent à l'ancrage du pouvoir plus

qu'à sa décentralisation.

> " The second force which might be thought capable of substantially increasing the resident populations influence on decision making affecting the north is the transfer of public administrative agencies to the area. This has taken place already to a limited degree in several provinces in the Federal north. Its immediate effect is to increase service sector employment in the north. Its likely impact on policy outcomes in less clear. It should be expected to increase local inputs and to make policy makers more sensitive to the particular needs and expectations of the local people. It might also be expected, like the expansion of local government institutions, to promote local participation in the political process. Such expectations can only be classed as visionary, well-intentioned hopes at the present. On the negative side, it must be recognized the administrative decentralization is not necessarily associated with decentralization of policy making power".
> (Rea, 1968: 229).

CONCLUSION

Au terme de cette présentation des motifs sous-jacents aux politiques sociales des Gouvernements canadiens et québécois, il apparaît clair que la pénétration de ces derniers au Nouveau-Québec a été motivée par des intérêts économiques et politiques pour le sol nordique. En effet, l'élément moteur sous-jacent à cette intervention gouvernementale au Nord réside dans une production de services de toutes sortes moyennant des retombées économiques et/ ou politiques pour ce territoire. Ne pouvant laisser voir que son intervention relève en fait d'une motivation " d'humanisme rentable", l'Etat canadien comme québécois aura eu soin d'utiliser le discours de "l'égalisation des chances" pour justifier sa présence et ses actions au nord. Il leur apparaissait inadmissible de laisser ces populations isolées privées de services essentiels sachant que leur économie est inapte à pourvoir adéquatement à leurs besoins primaires.

Cette générosité paternaliste apparente n'a pas moins caché des visées économiques. De plus, elle a conduit à éviter de poser la question du pourquoi d'une telle situation économique. D'ailleurs, celle-ci ne fait pas partie de l'arsenal administratif. La seule façon de corriger une situation n'était-elle pas, aux yeux des administrateurs, de transformer les Inuit en citoyens à part entière ayant droit aux mêmes services que les autres canadiens ou québécois même si ceci a pour corollaire la négation de la spécificité culturelle inuit et l'intégration de ces derniers à la vie québécoise et canadienne assurée par une plus grande participation des Inuit dans les différents services offerts, soit comme utilisateurs ou en tant que personnel au statut de subalterne.

Vus sous cet angle, les soins de santé aux Inuit contiennent plus de pièges que de cures. Aussi, doit-on saisir dans l'approche de chacun de ces gouvernements la recherche de liens de dépendance des Inuit à leur égard par l'activité servicielle, dans un désir de contrôler leur territoire plutôt qu'un souci humanitaire dont il est beaucoup trop facile de se coiffer.

CONCLUSION

Le rappel historique des services sanitaires en vigueur dans la Baie de l'Ungava sur une période d'environ un peu plus de trente ans, s'inscrit dans l'évolution les différentes phases importantes de la pénétration étatique au Nouveau-Québec. Nous avons même montré que la distribution des soins de santé a servi à cautionner cette présence de l'Etat dans le Nord québecois. En effet, objet d'une générosité particulière de la part des gouvernements, canadien et québécois, qui se sont établis au Nouveau-Québec à différentes périodes, le développement massif et rapide de ces services témoigne de leur utilité pour les gouvernements désireux de concrétiser leur présence et leur souveraineté sur ce territoire.

Dans ce contexte, ce déploiement des services de santé, tout comme les services liés au logement, les services sociaux et l'éducation, apparaît donc comme un élément des plus importants dans la stratégie de pénétration territoriale des gouvernements intéressés au Nouveau-Québec. Cet intérêt de l'Etat pour le Nord, indépendamment du niveau de gouvernement, réside dans une stratégie de défense nationale, dans la démonstration d'une souveraineté des différents gouvernements dans cette région et, principalement, dans l'idée de l'éventuel développement de ses ressources premières, tant d'un point de vue scientifique qu'économique.

Ne pouvant procéder à l'exploitation des ressources nordiques en faisant fi des populations qui habitent ces régions, l'Etat aura eu soin de greffer à ses objectifs nordiques une dimension plus humanitaire par

l'établissement de politiques dites de "bien-être". En ce sens, la motivation réelle pour dispenser des services aux Inuit est plus d'ordre économique et politique qu'humanitaire.

L'organisation des services de santé dans l'Ungava relève donc de politiques à la fois de développement et de protection, unies par un lien de complémentarité dont les administrateurs nordiques impliqués dans ces services ne sont pas conscients d'une façon équivalente. Paine avait donc raison en faisant remarquer que:

> " Le contexte dans lequel le colonialisme de l'assistance a des chances de survenir, rend son existence objective difficile à prouver. Ainsi l'attitude des Blancs à l'égard des Inuit peut-être (et est parfois) qualifiée de bien intentionnée plutôtque de répressive, de libérale plutôt que d'exploitation. Ces deux points de vue ont du vrai. Plus généralement, il s'agit donc de dévoiler un colonialisme non avoué". (Paine, 1977:5).

Aussi, pour comprendre la motivation sur laquelle repose la dispensation des soins de santé aux Inuit, il fallait non pas se pencher sur les différentes politiques sanitaires, mais bien sur les politiques nordiques plus générales où l'on retrouve les objectifs de développement. C'est ce que nous avons fait, ce qui nous a permis de vérifier nos deux premières hypothèses concernant l'expansion capitaliste sur le territoire du Nouveau-Québec et l'utilisation des politiques sociales pour la concrétiser. Dans ce parallélisme des différentes politiques concernant le Nord, l'on retrouve des politiques sociales qui, sans gêner les politiques de développement, prônent le discours de "l'égalisation des chances", très populaire depuis les années cinquante, pour justifier un désir d'accès croissant et graduel aux soins de santé, pour les Inuit devenus incapables de pourvoir à leurs besoins primaires. Dès lors, l'Etat se dote d'une responsabilité morale en vue d'accorder aux habitants du Nouveau-Québec l'égalité des chances de devenir des citoyens à part entière quant à l'emploi, l'aide sociale, l'éducation et la

santé, sans pour cela aller jusqu'à interroger l'intervention étatique au Nouveau-Québec largement impliqué dans l'insuffisance des Inuit à pouvoir répondre à leurs propres besoins. En d'autres termes, alors qu'il y a une nette volonté d'occuper le Nord tant au sein des Gouvernements fédéral que québécois, tout se passe comme si l'on présentait la chose comme une question humanitaire. Dans ce cadre général, les politiques sociales apparaissent comme le cheval de Troie des appareils étatiques.

Cette volonté de procurer des services similaires aux autres citoyens du Sud aux Inuit a eu, pour corollaire, la négation de la spécificité culturelle des Inuit, ce qui aura pour effet escompté d'accélérer leur intégration à la vie canadienne et québécoise, élément susceptible de ne pas nuire à la mise en marche de certaines politiques de développement pour le Nord. Egalement, de façon tacite, espère t-on que l'implantation massive de plusieurs services puisse exacerber la privation de ces démunis pour ainsi empêcher que ne se forme une véritable communauté politique autochtone. Simard (1979) a bien développé cette idée à l'effet que si cette communauté devait voir le jour, elle devrait remettre en cause les structures mêmes de l'Etat canadien ou québécois. Pour éviter peut-être que ne se développe pareille situation, ces gouvernements cherchent à se rendre généreux à l'égard des Inuit par une stratégie d'aide et de soutien et assure leur survie, sans toutefois leur donner les moyens d'une véritable autodétermination. De fait, ces deux gouvernements ont davantage place les Inuit dans un rapport de dépendance à l'égard des services offerts, cherchant même à les intégrer à la diffusion de ceux-ci. Vue sous cet angle, l'utilisation des services par les Inuit et leur insertion progressive dans la diffusion de ceux-ci sont deux facteurs qui vérifient notre troisième hypothèse.

Qui plus est, en les rendant ainsi dépendants par l'instauration d'un colonialisme de Welfare State au Nord, les fonctionnaires tiennent un discours idéologique piégé en faisant de la nordicité, comme le rappelle Simard,

> " une idéologie qui réduit toute question, en particulier les questions politiques et celles qui concernent les finalités et le sens de la vie, à un problème technique. (Simard, 1979:194).

Une telle approche justifie fondamentalement l'expansion des appareils étatiques dans toutes les zônes occupées par les Inuit, brimant du coup la culture de ces derniers. Dès lors, la reconnaissance de la spécificité culturelle des Inuit, par les administrateurs et politiciens Blancs, ne peut être que limitée et relative à côté, par exemple, d'une organisation des soins de santé lourde et compliquée, c'est-à-dire s'apparentant au modèle de services sanitaires en usage au Sud.

Malgré cette volonté d'intégrer, l'extension au nord du modèle médicalisé utilisé au Sud a eu des résultats mitigés dans son application. Coûteuse, basée sur le recours à des ressources nombreuses et spécialisées, elle semble incapable de résoudre de façon significative l'état de santé des Inuit. Ce constat, nous l'avons fait au chapitre deux. Il trouve en partie son explication dans: 1) l'utilisation par le système médical d'une approche surtout curative qui ne s'attaque pas aux véritables causes, c'est-à-dire les conditions socio-sanitaires dans lesquelles vivent les Inuit et 2) l'absence de coordination des objectifs et des services de santé, en particulier dans le cas de la médecine préventive et de la médecine de première ligne.

L'autre partie de l'explication se situerait, pour nous, du côté du type même de l'intervention étatique dans le domaine de la santé au Nouveau-Québec. En effet, si les Inuit ne se portent pas mieux, peut-être est-ce le résultat même de la façon de les traiter, c'est-à-dire des motifs à la base des traitements offerts. A différentes périodes, importantes pour la pénétration territoriale, les gouvernements ont vu à la mise en place d'organisations sanitaires dont les services de santé graduels et continus avaient pour but d'assurer l'intégration croissante des Inuit. En ce

sens, les statistiques concernant la fréquentation des services de santé par les Inuit de la Baie de l'Ungava ne font qu'illustrer les résultats d'une politique d'intégration culturelle qui a, entre autres, misé sur une augmentation des services de santé.

Une telle conclusion peut difficilement se démontrer par des chiffres. Elle renvoie au contexte même de la pratique des Blancs à l'égard des Inuit et l'on sait que les Blancs n'iront jamais jusqu'à dire qu'ils veulent rendre les Inuit dépendants. Au contraire, ils affirmeront vouloir les aider. Quoiqu'il en soit, une telle idée ressort lorsque l'on met en relation les politiques nordiques de développement et celles des soins de santé. Dans cet esprit, l'instrument privilégié de l'Etat pour son expansion graduelle au Nouveau-Québec, les soins de santé, a servi de véhicule à l'intégration des Inuit à la culture canadienne et québécoise.

En 1982, dans le secteur de santé, cette intégration se mesure par une participation accrue de la population dans l'organisation des soins de santé: 1) en tant que personnel sanitaire occupant des postes de subalternes dans le système médical, 2) en tant qu'administrateur à différents échelons de l'organisation des services dont le fonctionnement leur échappe, les rendant du même coup plus dépendants du Sud en ce qui concerne aussi bien les ressources humaines que les ressources financières devenues essentielles pour l'administration et la distribution des soins et 3) en tant que consommateurs de soins, là où les Inuit donnent des résultats satisfaisants par rapport à une perspective d'intégration.

Si cette approche produit de tels résultats, il ne faut pas oublier que la participation active des populations Inuit a été recherchée pour assurer une véritable implantation des différents services au nord. Les Gouvernements ont, en effet, utilisé le processus de consultation pour donner droit de parole aux Inuit en ce qui a trait aux services de santé qu'ils recoivent. Dans cette ouverture, les Gouvernements ont toutefois semblé peu enclin à écouter les doléances des Inuit, intéressés qu'ils

étaient à se servir de ces moments privilégiés pour s'assurer une plus grande participation de la population à l'administration des services, prérequis à une réelle rationnalisation de ses services. D'ailleurs comme le rappelle Simard, lors de la consultation sur le transfert des services,

> "les émissaires des gouvernements ont dit la vérité. Ils ne manipulent personne: ils veulent rationaliser l'administration de la collectivité esquimaude, uniformiser les procédures, maximiser le rendement des services de bien-être offerts aux clientèles et, grâce à la collaboration entre les gouvernements, assurer désormais une participation constante et institutionnalisée des Autochtones à la gestion des divers secteurs de l'Appareil d'Etat". (Simard, 1981:35).

Le problème, pour les Inuit, ne se pose toutefois pas en ces termes seulement. Il a trait aussi à la légitimité du pouvoir et à la dépendance qui en découle pour ces derniers. Directement issue d'un colonialisme de Welfare State, cette dépendance s'illustre dans le secteur santé par une grande consommation de services par la population et provient d'un système de soins de santé à l'essence paternaliste dont les programmes sont administrés et ont été établis par des allochtones avec la priorité d'abord de réduire la mortalité et la morbidité chez les Inuit sans pour autant se préoccuper de leur satisfaction politique, économique, sociale ou psychologique comme bénéficiaires. Pris sous un angle de consommation de services à l'intérieur d'un régime de Welfare State, cette dépendance servicielle et institutionnelle se retrouve inévitablement dans d'autres domaines que celui de la santé, et c'est dans cette perspective plus large qu'il faut comprendre la façon de voir le problème chez les Inuit.

Dans un contexte de dépendance généralisée qui caractérise, tout compte fait les Inuit, ces derniers ne peuvent que ressentir une certaine im-

puissance à s'affirmer, une frustration de ne plus être en mesure de se sentir chez soi et, souvent, une propension à recourir à la protection de celui qui a créé cette dépendance. Cette façon a été décrite principalement par Cabral (1980:179). Elle est connue et, dans ses grandes lignes, elle s'applique aux Inuit. Trois types de comportement peuvent alors émerger: 1) le souhait de la fin de la domination étrangère accompagnée d'une défense de sa sécurité sociale, 2) une hésitation de s'affirmer chez bon nombre de personnes et 3) un effort en vue de la création d'un mouvement de libération.

Chez les Inuit, suite à la Convention de la Baie James, a vu le jour une "petite bourgeoise ethnique." En raison de la situation d'intermédiaire de ses membres, elle a été utilisée par le Gouvernement central pour faire la promotion du concept de «prise en charge». En cela, elle s'inscrit dans le cadre du premier type de comportement au niveau de ses actions en cherchant à assumer la gestion des pratiques sociales. Pour paraphraser Cabral (1980(1):6), elle reste donc prisonnière de ses propres contradictions et sert d'intermédiaire.

Partant du point de vue que la "prise en charge" est la seule réponse viable à la sollicitation d'une nécessité concrète déterminée par la contradiction irréductible qui oppose la société colonisée à la puissance coloniale, il paraît important de voir que les Inuit ont également répondu de façon politique à ce phénomène de dépendance: c'est dans ce sens que l'Entente a fait l'objet d'un refus global de la part de ceux aujourd'hui appelés "dissidents". Pour ces derniers, la culture Inuit:

> "ne peut être réduite à ses seuls éléments traditionnels, car elle fournit une base et une cohésion aux gestes quotidiens. Hier nous allions à la chasse en traîneau à chiens; aujourd'hui nous bâtissons nos coopératives; et demain nous dirigerons notre gouvernement et nos autres institutions".

De tels propos s'inscrivent dans une approche plus révolutionnaire. Loin de se replier sur le passé, ces autochtones ont plutôt utilisé des éléments traditionnels pour se donner une force économique et politique dans le monde des Blancs. Quant à l'autre type de comportement, il est surtout le propre de la majorité des Blancs.

De tels comportements interrogent et l'on ne peut guère y demeurer imperméable. Entre autres, doit-on négliger d'en tenir compte sous le prétexte que la majorité demeure hésitante à s'affirmer, ce qui est une façon de se fermer les yeux en transposant nos responsabilités sur les autres, ou doit-on chercher à lire le message que véhiculent ces comportements divers? Si l'on opte pour la deuxième approche, que peut-on comprendre si ce n'est que les Inuit désirent se prendre en charge, avoir une autonomie sur leurs affaires personnelles?

> " Nous voulons avoir notre propre autodétermination, c'est-à-dire que sur nos terres, nous voulons établir notre propre système politique, juridique, social, administratif, éducatif et culturel".
> (Le Soleil, 24 novembre 1983).

Ce désir exprimé par les Inuit du Nouveau-Québec lors de la Commission parlementaire permanente de la présidence du conseil et de la constitution sur les droits des autochtones tenue à Québec en novembre 1983, correspond-il à celui exprimé par les "dissidents" ou ne se retrouve t-il pas dans une zône intermédiaire? Si cette approche se rapproche de celle des Dissidents par sa vision et son aspect plus politique de la «prise en charge», il n'en demeure pas moins que son application demeure problématique. Chose certaine, pour les Gouvernements du Sud comme pour ceux qui appliquent leurs politiques, elle met en relief que les problèmes liés à la santé ou à d'autres secteurs ne peuvent être séparés des rapports de société que véhicule la présence des Blancs au Nord.

Aussi, doit-on voir d'un oeil sceptique tous programmes axés sur la santé communautaire dès lors qu'ils ne prennent pas en considération cette situation. Ne seraient-ils pas tout simplement une façon nouvelle d'introduire un cheval de Troie avec la complicité des gens du milieu, approche qui correspondrait à une recherche visant à rendre les gens plus responsables dans la situation actuelle du développement des forces productives?

Seul un suivi du débat sur les droits des autochtones au pays et ses aboutissants, enclenché par la nouvelle charte de la Constitution canadienne, permettra d'établir la latitude avec laquelle la nouvelle élite politique Inuit pourra manoeuvrer et peut-être répondre à quelques-unes de ces questions.

Annexe 1

Nous avons eu des entretiens avec:

Angnatuk, Jimmy (membre du Conseil d'administration du CH de l'Ungava)

Augé, Jeanine (MAS)

Beaudoin, Roger (DGNQ, SAGMAI)

Bédard, Denys (M.D. au CH de l'Ungava)

Bernier, Jocelyn (Directeur du CH de l'Ungava)

Bertrand, Cécile (Travailleuse sociale à Fort-Chimo)

Bussière, Paul (Conseiller au CRSSS-Kativik)

Cooper, Lucy (Assistante dentaire à Fort-Chimo)

Descent, Micheline (Chercheur à l'Université Laval)

Dufour, Rose (Projet nord-CHUL)

Dupéré, Thomas (MAS)

Gordon, Jessie (Assistante dentaire à Fort-Chimo)

Gordon, Jimmy (Service aux patients)

Gourdeau, Eric (DGNQ, SAGMAI)

Johannes, Maggie (infirmière-auxiliaire)

Johannes, Jimmy (membre du Conseil d'administration du CH de l'Ungava)

Kitty, (infirmière-auxiliaire)

Lachance, Edna (Projet nord-CHUL)

Lamarche, Gaston (dentiste à Fort-Chimo)

Lanari, Robert (Conseiller à Makivik)

Laurin, Pauline (MSBES)

Lemyre, Luc (M.D. au CH de l'Ungava)

Lessard, J.-M. (DGNQ, SAGMAI)

Mark, Jimmy (membre du Conseil d'administration du CH de l'Ungava)

Murray, Denyse (Directeur du nursing à Fort-Chimo)

Naper, Lucie (Agent de développement au CRSSS-Kativik)

Qumaaluk, Aipili (Commission scolaire Kativik)

Richard, Roger (MAS)

Savoie, Monique (MSBES)

Thérien, François (Projet nord, CHUL)

Tremblay, Clément (DGNQ, ministère des transports)

Tremblay, Normand (M.D. à Fort-Chimo)

Tremblay, Francine (Travailleuse sociale à Fort-Chimo)

Watt, Daisy (infirmière-auxiliaire, membre du Conseil d'administration du CH de l'Ungava)

Weetaluktuk, Mary (Directeur du CRSSS-Kativik)

N.B. Chacune des personnes mentionnées est identifiée à l'organisme dans lequel elle a participé à un moment ou un autre de l'organisation des services de santé dans la Baie de l'Ungava.

Bibliographie

* signifie auteur cité dans le texte.

* Annuaire du Québec, 1979-80.

Billette, André (1977), «Santé, classes sociales et politiques redistributives» dans Sociologie et sociétés, vol. IX, no 1, Avril 1977, p. 76-92.

Boily, J. (1965) «Les services de santé au Nouveau-Québec» dans Annuaire du Québec, 1964-65. Bureau de la statistique, p. 202-205.

* Brett, Brian H. (1969) «A synopsis of Northern medical History» dans le Journal de l'Association médicale canadienne, Mars 1969, vol. 130, no 11.

* Brochu, Michel (1962) «Les grands problèmes du Nouveau-Québec et la question esquimaude» dans Relations, Mars 1962, 255: 71-74.

Burgess, H. (1970) «Health by Remote Control» dans Beaver, 1970, vol. 301, no 3, p. 50-55.

Cabral, Almicar (1980), Unité et lutte, Paris, Petite collection Maspero, 330 p.

Ceyrac, F. (1972) «Politique sociale» dans Revue deux mondes, Juillet 1972-3-19.

Cooke, A et Fabien Caron (1968) Bibliographie de la Péninsule Québec-Labrador, CEN.

* Crawford, Robert (1980) «C'est de ta faute»: l'idéologie de la culpabilisation de la victime et ses applications dans les politiques de la santé» dans Médecine et Société, les années 80, un collectif publié par les Editions coopératives Albert St-Martin, Montréal, 549 p.p.

* Crowe, Keith (1979) Histoire des autochtones du nord canadien, Cahiers du Québec, Hurtubise HMH.

De Laubier, P. (1978) L'âge de la politique sociale, Paris: PUF, ed. techniques et économiques.

* Descent, Micheline (1983) Les représentants de la santé chez les Inuit de l'Ungava, Université Laval, Document de travail.

* DGNQ (1963) (1) E. Gourdeau. Perspectives de développement au Nouveau-Québec, conférence prononcée à la faculté des sciences pures de l'Université Laval, 8 pp.

* DGNQ (1963) (2) E. Gourdeau. Responsabilités des Canadiens dans le développement de l'Arctique, conférence prononcée devant les membres de l'Arctic Institute of north America, 7 pp.

* DGNQ Rapports annuels de la DGNQ, section affaires sociales de 1966 à 1978.

DGNQ, (1971) mini-mémoires des programmes d'activités, 75 pp.

* DGNQ, (1972) Programme de la DGNQ, 20 pp.

* DGNQ, (1973). Mémoire de programme, 85 pp.

DGNQ, (1973). Programmation budgétaire 1973-74, 57 pp.

* DGNQ. Statistiques des évacuations médicales pour les patients de la Baie de l'Ungava pour l'année 1973-1974 et 1975, 40 pp.

* DGNQ (1976) L'administration gouvernementale en milieu nordique, 82 pp.

* DGNQ (1967) Mémoire présenté à la Commission d'enquête sur la santé et le Bien-être social, 55 pp.

Duhaime, Gérard (1981) Les politiques sociales dans l'Etat capitaliste, Université Laval, Mars 1981, 14 pp.

* Dufour, Rose (1979) Rapport de la tournée dans les villages de la Baie de l'Ungava, 55 pp.

* Duval B. et F. Thérien (1982) " Natalité, mortalité et morbidité chez les Inuit du Québec Arctique"dans Recherches Amérindiennes au Québec, vol. XII, no 1, 1982, p. 41-50.

* Faucher, Philippe (1980) Le Brésil des militaires. Presses de l'Université de Montréal.

Fédération des coopératives du Nouveau-Québec (1978). Notes sur l'évolution des coopératives et du cadre administratif et politique du Nouveau-Québec, Montréal, Avril 1978, 13 pp.

Flahaut, D. (1978) Rapports entre les agents de santé communautaire, les services de santé et la collectivité, Chronique OMS, 32- 161-165.

Fortuine, Robert (1960) The Health of the Eskimos, a Bibliography 1857-1867, Hanover, N.H. : Dartmouth College Librairies.

Freeman, Milton (ed.) (1969) Intermediate Adaptations in the East Arctic. A Strategy of Social and Economic Development. St-John's Institute of Social and Economic Research, 100 pp.

Gough, Ian (1979) The Political Economy of the Welfare State, critical texts in social work and the Welfare State, The Macmillan Press Ltd. London, 196 pp.

* Graham-Cumming, G. (1967) " Health of the Original Canadians, 1867-1967" dans Medical Services Journal Canada, vol. 23, no 2, p. 115-166.

Greffe, Xavier (1975). La politique sociale : étude critique, Paris: PUF, 254 pp.

* Hamelin, L.E. (1980) Nordicité canadienne, Hurtubise HMH, 458 pp.

* Hawkes, E.W. (1916) The Labrador Eskimo, Department of mines, Geological Survey, memoir 91, Ottawa.

Hicks, F.H. (1969) "Lettre ouverte" dans Canadian Medical Association Journal, Mars 1969, vol. 100, p.537-538.

* Hidles, J.A. (1957) Report on visit to Eastern Arctic, Department of Physiology and medical Research, university of Manitoba, Octobre 1957.

* Jenness, Diamond (1968) Eskimo Administration: vol. 1-5, 1962-68, Arctic Institute of north America, Montreal.

* Kativik-CRSSS (1980) Rapports des réunions tenues avec le comité de coordination en 1979-80.

* Kativik-CRSSS (1981) Local Health Committees.

* Kativik-CRSSS (1980) Le CH de l'Ungava.

Klein, Rudolph (1977) "Democracy, The Welfare State and Social Policy" in Political Quaterly, 48 (4), p. 448-458.

* Labbé, Jean (1980) (1) La santé des Inuit du Nouveau-Québec. Projet nord, DSC du CHUL, mai 1980, 55 pp.

* Labbé, Jean (1980) (2) Analyse des activités du Projet nord, présenté au comité de planification, DSC du CHUL, mars 1980, 21 pp.

* Labbé, Jean (1981) "La santé au Nouveau-Québec Inuit, Réflexions sur les problèmes de santé et le système mis en place pour les régler" dans Etudes Inuit Studies, vol. 5, no 2, 1981.

Labbé, Jean (1981) "Les services de santé, hier et aujourd'hui" dans Le médecin du Québec, p. 61-67.

Labbé, Jean (1978) Projet de développement de services de santé pour les régions de la Baie de l'Ungava et de la Baie d'Hudson. Université Laval, 23 pp.

* Lachance, Denis (1979) "Les Inuit du Québec" dans Perspectives anthropologiques, p. 289-303

Lantis, Margaret (1970) "The Administration of northern Peoples: Canada and Alaska" dans The Arctic Frontier, MacDonald Ronald St-J.ed, 1970, p. 89-119.

* Larochelle, Gilles (1981) L'organisation régionale et locale (4.0) et La santé (4.5) (PRONOBEC), Office de planification et de développement du Québec, 1981.

Lee, Sidney S. (1979) Quebec's Health System: a Decade of Change, 1967-1977, monographies sur l'administration publique canadienne, no 4, Institut d'administration publique du Canada.

Leseman, Frederic (1978) "De la communauté locale à la communauté multinationale: l'Etat des monopoles et ses politiques "communautaires" dans la gestion de la santé" et des services sociaux" dans International Review of Community Development, p. 39-40, 49-98.

Leseman, Frederic (1978) Classes dirigeantes et gestion des rapports sociaux: la réforme des services de santé et des services sociaux (1960-1978), Thèse de doctorat. Paris: Ecole des Hautes Etudes en sciences politiques.

Liepman, L. (1974) "Social Intervention in a Democracy" dans Public Interest, 34 pp.

L'infirmière Canadienne (1978), numéro spécial traitant de la santé des autochtones, Octobre 1978, no 10.

Lipietz, Alain (1977) Le capital et son espace. Paris: Maspero, 165 pp.

* MAIN (1980) Les Inuit, Programme des Affaires du nord, 28 pp.

MAIN (1973) Bibliographie par village: population esquimaude du Nouveau-Québec, Bureau de recherches sur le nord.

MAS (1974) Les services de santé communautaire dans les districts éloignés-Le Nouveau-Québec, rapport-progrès du service de la conception des programmes.

* MAS (1975) Albunke, A. et A. Couture. Organisation des services de santé au Nouveau-Québec. Conception des programmes.

MAS (1977) Bisaillon, H. L'organisation des services de santé et des services sociaux au Nouveau-Québec, 7 pp.

MAS (1977) Dossier de planification santé: région 10, préparé par la Direction générale de la planification, 61 pp.

MAS (1977) Projet de cours d'infirmière auxiliaire pour les autochtones.

* MAS (1978) Programme de services de santé pour les régions de la Baie d'Ungava et de la Baie d'Hudson pour l'année 1978-79, 7 pp.

MAS (1978) L'organisation des services de santé et des services sociaux au Nouveau-Québec, Direction générale de la programmation, 8 pp.

MAS (1978) Programme de formation pour un administrateur autochtone au Centre hospitalier de l'Ungava, 6 pp.

* MAS (1981) Auger, Jeanine Services de santé et services sociaux aux autochtones du Nouveau-Québec, Service du Nouveau-Québec et des communautés autochtones, 12 pp.

MAS (1981) Service d'accueil aux patients.

* MSBES (1957) Indian and northern Health Services.

MSBES (1957) Specific Introduction to Eastern Arctic Survey, 11 pp.

* MSBES Rapports annuels de 1952-1965, région du Québec.

Navarro, Vincente (1976) Medicine Under Capitalism, N.-Y. : neale Watson Academic Publications, 230 pp.

* Normandin, L. et M. Boudreault (1980) L'utilisation des services de santé dispensés par le CH de l'Ungava à la population Inuit résidant à Fort-Chimo, 1978.

O'Neil, John D. (1979) "Health Care in the Central Canadian Arctic, Communities and Change" dans Health Care in Canadian Society: a Sociological Perspective, D. Coburn, C. D'Arcy, P.K. New et C. Lorrance (eds). Toronto: Fitzhenry and Whiteside.

O'Neil, John D. (1980), Le sens culturel des systèmes de santé alternatifs: un exemple Inuit, texte issu d'une communication présentée au Congrès d'Etudes Inuit tenu à Québec en septembre 1980.

* O'Neil, John D. (1981) "Beyond Healers and Patients: the Emergence of Local Responsabilities in Inuit Health Care" dans Etudes/Inuit/ Studies, 1981, vol. 5, no 1.

Pageau, Pierrette (1977) Inuit du Nouveau-Québec, bibliographie, ministère des Affaires culturelles, Direction générale du patrimoine.

Painchaud, P. (1979) " La nordicité: nouveau mythe canado-québecois" dans Etudes Internationales, Québec, 13, 1979, p. 614-624.

* Paine, Robert (1977) "The nursery game, Colonizers and Colonized in the Canadian Arctic " dans The White Arctic: Anthropological Essays on Tutelage and Ethnicity, Robert Paine ed., Newfounland: Institute of Social and Economic Research.

Philips, R.A.J. (1958) The Eastern Arctic Patrol, Department of northern Affairs and National Resources, Ottawa.

* PROPONORD (1976) Les populations nordiques du Québec-Labrador face à l'intervention étatique et à l'industrialisation, programme de recherche présenté par l'Université Laval, la Faculté des sciences sociales, le CEN au Conseil des Arts du Canada, Québec: Université Laval, Juin 1976.

Questiaux, N. et J. Fournier (1979) Le pouvoir du social, Paris, PUF.

* Rapport du Comité Fédéral-provincial sur la santé et la sécurité sociale au Nouveau-Québec, 1969.

* Rea, K.J. (1968) The Political Economy of the Canadian north. An Interpretation of the Course of Development in the northern Territories of Canada to the Early 1960's. Toronto: University of Toronto Press, 453 pp.

Renaud, Marc (1976) The Political Economy of the Quebec State Interventions in Health: Reform or Revolution, PHD Thesis, Madison: University of Wesconsin.

* Renaud, Marc (1977) " Réforme ou Illusion? Une analyse des interventions de l'Etat québecois dans le domaine de la santé" dans Sociologie et sociétés, vol. IX, no 1, Avril 1977, p. 127-152.

*Renaud, Marc (1980) " Les réformes québecoises de la santé ou les aventures d'un Etat "narcissique" dans Médecine et société, les années 80, un collectif publié par les Editions coopératives Albert St-Martin, Montréal, 549 pp.

* Rouland, Norbert (1978) Les Inuit du Nouveau-Québec et la Convention de la Baie James. Association Inuksuittit Katimajut et CEN, Université Laval, Québec.

Ruderman, A.P. et G.R. Weller (1980) Health Services for the Keewatin Inuit in a Period of Transition: The view from 1980, Dalhousie University, School of Public Administration and Department of Preventive medicine et Lakehead University, Department of Political Studies.

* Saladin d'Anglure, B. (1967) L'organisation sociale traditionnelle des Esquimaux de Kangirsujuaak (Nouveau-Québec), CEN, Université Laval, 213 pp.

* Salisbury, Richard E. (1975) Policy Regarding native People, an Academic Social Scientist's Perspective. McGill University. Paper prepared for the national Social Science Conference, Ottawa, November 20-22, 1975.

Schaeffer, Otto (1973) " The Changing Health Picture in the Canadian North".

Shepard, Roy, J. et S. Ioth (ed.) (1974) Circumpolar Health. Proceedings of the Third International Symposuim, Yellow knife. Toronto: Published for Health and Welfare Canada, Medical Services Branch, N.W.T., 678 pp.

* Simard, J.-J. (1979) (1) " Terre et pouvoir" dans Etudes Inuit Studies, vol. 3, no 1, p. 104.

* Simard, J.-J. (1979) (2) " Qui parle pour les Esquimaux" dans Recherches Amérindiennes au Québec, 8: 187.

* Simard, J.-J. et G. Duhaime (1981) Praxis autochtone et stratégies technobureaucratiques. L'épisode de la consultation de l'hiver 1970 au Nouveau-Québec, ses tenants et aboutissants. Faculté des sciences sociales, Université Laval, 40 pp.

Steiner, G.Y. (1974) "Reforms follows Reality: the Growth of Welfare" in Public Interest, 34 pp.

Stephan, Jean-Claude (1978) Economie et pouvoir médical, Paris: Economica, 208 pp.

* Therrien, Michèle (1979) La conférence tripartite fédérale, provinciale et Inuit, Nouveau-Québec - 1970, Centre d'études arctiques. Ecole des Hautes Etudes en Sciences sociales.

* Thibault, Jean-Claude (1974) Données fondamentales pour un profil de développement du Nouveau-Québec, région administrative no 10, du Québec. Bureau provincial de Québec. Ministère de l'Expansion économique régionale. Juin 1974, 1070 pp.

Tremblay, Francine (1979) Travail de recherche et de réflexion sur les expériences d'intervention collective au Nouveau-Québec, Région de l'Ungava de 1971 à 1978, dans le cadre d'un cours sur " les fondements de l'intervention collective", Décembre 1979, Université Laval.

* Tremblay, Francine (1980) Etude de la communauté de Kuujjuak (Fort-Chimo), région de la Baie d'Ungava, Territoire du Nouveau-Québec, Université Laval, Document de travail, 79 pp.

* Tremblay, Normand (1981) Natalité et mortalité chez les Inuit de la Baie d'Ungava au Nouveau-Québec. Université Laval, CEN, coll. Nordicana, no 44.

Trute, B. (1977) Grands usagers des services sociaux et sanitaires du Nord. Etude descriptive et prospective, University of Manitoba: projet de recherche du département de service social.

Turner, L.M. (1888) The Indians and Eskimos of the Ungava District Labrador. Proceedings and transactions of the Royal Society of Canada, vol. 15, Montreal.

Walters, V. (1980) Class Inequality and Health Care: The Origins and Impact of the National Health Service, London: Croom Helm, 175 pp.

Weidjao, A. (1979) "Social Welfare in Canada: Ideology and Reality" dans Praxis, vol. 6, nos 1-2, p. 34-35.

Wenzel, George (1976) Soins de santé offerts dans la région du Delta du Mackenzie, Université Mc Gill: projet du département de géographie.

* Wenzel, Goerge (1978) "La transformation des rapports" dans L'infirmière canadienne, numéro 10, 20º année, Octobre 1978.

Wenzel, George (1980) La santé des Inuit et le système de santé: changement et statu quo, texte issu d'une communication présentée au Congrès d'Etudes Inuit tenu à Québec en septembre 1980.

* Wenzel, George (1981) "Inuit Health and the Health Care System" dans Etudes/Inuit/Studies, 1981, vol. 5, no 1.

Westergaard, John (1978) "Social Policy and Class Inequality" dans The Socialist Register, London: Merlin Press, p. 71-99.

Wilson, Elisabeth (1980) "Marxism and the "Welfare State" dans New Left Review, no 122, Juillet-Août, p. 79-89.

Wonders, W.C. (ed.) (1971) Canada's Changing North, Ottawa, Carleton Library, 367 pp.

Zaslow, M. (1971) The Opening of the Canadian North, 1870-1914, Toronto 337 pp.